

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN NIÑOS**  
**ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

**JOSÉ IVÁN GUERRERO G.**

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS**  
**PARA OPTAR AL GRADO DE**  
**MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2002**



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: Psicología Clínica  
FACULTAD DE: Humanidades  
No. DE CÓDIGO: 327-14-06-99-09  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: José Iván Guerrero G.  
CÉDULA: 4-125-1009  
TÍTULO AL QUE ASPIRA: Magister en Psicología Clínica  
TEMA DE LA TESIS: "Intervención de la Conducta Agresiva en  
Niños. Enfoque Cognitivo-Conductual"  
RESUMEN EJECUTIVO: Ver adjunto

NOMBRE DEL ASESOR: Profesor Ricardo López  
FIRMA DEL ASESOR: [Firma]  
FIRMA DEL ESTUDIANTE: [Firma]  
APROBADO POR: [Firma]  
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN  
Y POSTGRADO

FECHA: \_\_\_\_\_

### **Dedicatoria**

**A mi esposa Melitza y a mis hijas Melissa, Karla e Ivanna,  
quienes hicieron posible la realización de este trabajo  
gracias a su apoyo y comprensión.**

## INDICE GENERAL

<b>CAPÍTULO I    FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b>	<b>Página</b>
<b>1.1 La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.1. Técnicas de la TCC.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.1.1. La Desensibilización Sistemática.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.1.2. La Implosión.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.1.3. La Inundación o Flooding.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1.4. Método de Reestructuración Cognitiva.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.1.5. Método de Adquisición de Destrezas.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.1.6. La Relajación.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.1.7. Economía de Fichas.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1.1.8. Proceso en la Modificación de Conducta.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1.2. Procedimientos de la TCC.....</b>	<b>24</b>
<b>1.1.3. Fundamentos de la TCC.....</b>	<b>27</b>
<b>1.1.3.1. El Condicionamiento Clásico.....</b>	<b>28</b>
<b>1.1.3.2. El Condicionamiento Instrumental u Operante.....</b>	<b>29</b>
<b>1.1.3.3. El Aprendizaje por Observación.....</b>	<b>33</b>
<b>1.1.3.4. Los Procesos Cognitivos.....</b>	<b>34</b>
<b>1.1.4. Objetivos de la TCC.....</b>	<b>36</b>
<b>1.1.5. Evolución Histórica de la TCC.....</b>	<b>37</b>

	Página
1.2. La Agresión.. .. .	42
1.2.1. Delimitación de la Agresión.....	46
1.2.2. Concepto de Agresión.....	47
1.2.3. Clases de Agresión.....	49
1.2.4. Aspectos Psicopatológicos de la Agresión.....	50
1.3. La Teoría Cognitivo-Conductual de la Agresión....	52
1.3.1. El Dominio Productos Social-Cognitivos.....	54
1.3.2. El Dominio Operaciones Cognitivas. . . . .	54
1.3.3. El Dominio Proposiciones Esquemáticas... . . . .	55
1.3.4. Sustento del Modelo Cognitivo-Conductual de la Agresión.....	56
1.4. El Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Agresión... ..	59
1.4.1 Fase de Evaluación del Problema.....	60
1.4.2. Fase de Intervención . . . . .	61

## **CAPÍTULO II METODOLOGÍA**

2.1. Diseño del Programa de Tratamiento.....	64
2.1.1. Sustento Teórico del Programa... . . . .	66
2.1.2. Metodología del Programa. Evaluación del Comportamiento Agresivo.....	71
2.1.3. Metodología del Programa. Intervención del Comportamiento Agresivo .....	74

<b>2.2</b>	<b>Desarrollo de la Investigación.....</b>	<b>78</b>
2.2.1.	Objetivo General de la Investigación.. . . . .	79
2.2.2.	Hipótesis Conceptual. .... .	79
2.2.3.	Variable Independiente.. .... .	79
2.2.4.	Variable Dependiente... .... .	79
2.2.5.	Población en Estudio.....	80
2.2.6.	Sujetos.....	80
2.2.7.	Características de los Sujetos en Estudio. .... .	81
2.2.8.	Hipótesis Estadística. .... .	88
2.2.9.	Procedimiento.....	89
2.2.9.1.	Medición de la Variable Dependiente.....	92
2.2.9.2.	Aplicación del Programa de Tratamiento, Pre-test.....	95
2.2.9.3.	Medición de la Variable Dependiente, Post-test.....	97

### **CAPÍTULO III    PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

<b>3.1.</b>	<b>Análisis Cualitativo de los Cambios en los Esquemas Cognitivos... . .</b>	<b>102</b>
<b>3.2</b>	<b>Análisis Cuantitativo de los Cambios en la Conducta Observable.....</b>	<b>109</b>
<b>3.3.</b>	<b>Análisis Estadístico de los Datos. .... .</b>	<b>119</b>
3.3.1.	Datos.....	120
3.3.2.	Hipótesis.....	120

	Página
3 3.3. Estadística de Prueba...	120
3 3 4 Regla de Decisión.....	121
3 3.5. Cálculo de la Estadística de Prueba .	121
3.3 6. Decisión.....	124

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	126
Recomendaciones..	128

## INDICE DE CUADROS

Cuadro	Contenido	Página
1.1.	Diferencias entre las Técnicas de Implosión e Inundación. ....	15
1.2.	Ejemplo de una Lista de Reforzadores.....	23
2.1	Sujetos con Reportes Negativos Según Área Evaluada.....	81
2.2.	Resumen de Características de los Sujetos.....	88
2.3	Conductas Agresivas “Problema” Identificadas Para Cada Sujeto. ....	89
2.4.	Pensamientos Identificados Durante la Primera Entrevista, Antes del Tratamiento.....	91
2.5.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes del Tratamiento... ..	93



<b>Cuadro</b>	<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
2.6.	Pensamientos identificados durante la Segunda Entrevista.....	98
2.7.	Frecuencia de la Conducta Problema después del Tratamiento.. ....	99
3.1.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento Sujeto 1....	103
3.2.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 2....	104
3.3.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 3 ...	104
3.4.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 4 . .	105
3.5.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 5. ..	106
3.6.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 6....	106
3.7.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 7....	107
3.8.	Esquemas Cognitivos antes y después del Tratamiento. Sujeto 8 .	108
3.9.	Conductas Agresivas identificadas para cada sujeto..... . . . .	109
3.10.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 1..... . . . .	110
3.11.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 2... . . . .	111
3.12	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 3..... . . . .	112
3.13	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 4. . . . .	113
3.14.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 5..... . . . .	114
3 15.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 6..... . . . .	115

Cuadro	Contenido	Página
3.16.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 7.....	116
3.17.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento. Sujeto 8 .....	117
3.18	Frecuencia de la Conducta Problema Antes del Tratamiento. ....	118
3.19.	Frecuencia de la Conducta Problema Después del Tratamiento. .	118

## INDICE DE TABLAS

Tabla	Contenido	Página
3.1	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento	119

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Contenido	Página
3.1.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento Sujeto 1. ....	110
3.2.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento. Sujeto 2.....	111
3.3.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento. Sujeto 3.....	112

Gráfica	Contenido	Página
3.4.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento. Sujeto 4.. .....	113
3.5.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento Sujeto 5.....	114
3.6.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento Sujeto 6.. .....	115
3.7.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento. Sujeto 7.....	116
3.8.	Frecuencia de la Conducta Problema Antes y Después Del Tratamiento. Sujeto 8.....	117
3.9.	Media de las Frecuencias de la Conducta Problema Antes y Después del Tratamiento.....	124

## RESUMEN

Con la presente investigación se intenta comprobar la efectividad de un programa de tratamiento de la conducta agresiva en niños, basado en el enfoque Cognitivo-Conductual. Primero se diseñó el programa y luego se aplicó a 8 sujetos agresivos, a los cuales se les hicieron mediciones de la conducta agresiva antes y después del tratamiento. La metodología del programa consistió en ayudarlos a tomar conciencia de la conducta problema, identificar los esquemas cognitivos relacionados a la conducta problema y modificar los esquemas cognitivos hacia pensamientos adaptativos para ocasionar cambios positivos en la conducta problema. Esta fase experimental duró 8 semanas, trabajando en grupo con los 8 sujetos con una frecuencia de 3 veces por semana en sesiones de 2 horas. La intervención se hacía mientras los sujetos aprendían a modelar masilla en una mesa de trabajo. Al finalizar, se pudo comprobar que los sujetos habían tenido cambios significativos en las conductas problema acompañados de cambios en los esquemas cognitivos

## SUMMARY

With the present research, we try to verify the effectiveness of a program that deals with the treatment of the aggressive behavior in children, based on the Cognitive-behavioral approach. First, we designed the program and then, we apply it to 8 aggressive subjects, to whom we made meditions of the aggressive behavior before and after of the treatment. The methodology of the program consists in help children to make conscience of the problematic behavior, identify the cognitives schemas relatives to the problematic behavior and modify the cognitive schemas to adaptative thinks in order to obtain positive changes on the problematic behavior. The experimental phase took eight weeks, while we made group work with all eighth subjects, three times a week on a two hours sessions. The treatment was made while the subjects learn how to work with plastiline over a work table. At the end, we can registered importat changes in the subject behavior, besides changes in the cognitive schemas.

## INTRODUCCIÓN

El problema de la agresión ha sido abordado formalmente desde diferentes enfoques teóricos al menos, desde los inicios del siglo XX con los estudios de Jung y Freud. A partir de allí, una decena de teorías psicológicas, entre ellas el modelo cognitivo conductual, proclamaron su efectividad en el tratamiento de personas agresivas. Este enfoque señala que la agresión es el resultado de distorsiones en los esquemas cognitivos del individuo, que desencadenan reacciones conductuales inapropiadas.

Nuestro interés por el tema de la agresión surge al observar que ésta es frecuente en nuestro contexto social, mostrando un incremento preocupante, tanto en la frecuencia como en la severidad. Aunado a todo esto, el problema de la agresión ha invadido prácticamente todos los escenarios de la vida cotidiana, como el hogar, la escuela, el trabajo y se ha mezclado en actividades tan pacifistas como el deporte, el arte, la música y la religión. La nuestra, es una cultura de violencia.

Creemos que es necesario hacer algo para enfrentar este creciente problema. Por ejemplo, ampliar los enfoques en el tratamiento de la agresión.

Esto es indispensable porque nuestras instituciones de salud no cuentan con suficientes programas para hacerle frente a la demanda de atención o no cuentan con programas específicos para atender el problema. El sentido de nuestro trabajo es aportar un programa práctico que pueda ser utilizado en forma efectiva.

Con este fin, primero diseñamos un programa de tratamiento y luego lo sometimos a la comprobación científica para determinar su efectividad. En las siguientes páginas describimos como se realizó toda esta operación. El Capítulo I contiene todo lo relativo al sustento teórico como por ejemplo, la definición, origen, fundamentos y técnicas empleadas en las terapias Cognitivo-Conductuales. También se aborda el tema de la agresión explicando su concepto y definición, la clasificación y sus aspectos psicopatológicos.

En el Capítulo II se explica la metodología empleada en la realización del trabajo como por ejemplo, el diseño del programa, la realización de la fase experimental, los objetivos generales y los procedimientos de trabajo. En el capítulo III se presentan y analizan los resultados obtenidos y finalmente, en el Capítulo IV se exponen algunas conclusiones y recomendaciones.

Esperamos que nuestra investigación contribuya de manera efectiva al incremento del conocimiento científico en el tratamiento de la agresión para mejorar la calidad de la convivencia humana. La paz es la condición ideal mediante la cual los seres humanos haríamos honor a nuestra condición de seres racionales, por encima de cualquier otro ser vivo de la creación.

# CAPITULO I

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

## CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 1.1 LA TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL (TCC)

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), emplea un conjunto de técnicas con el propósito de cambiar la conducta desadaptativa del cliente alterando sus interpretaciones, suposiciones y formas de comportarse. El material básico de trabajo se obtiene mediante las narraciones que hace el cliente en la entrevista que permiten identificar las cogniciones o formas de pensamiento del individuo.

En la Terapia Cognitivo-Conductual se considera que la modificación de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y en sus pautas de conducta. Se espera que, mediante terapia, un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los "constructos erróneos" para producir una mejoría clínica que se reflejará en su conducta.

La Terapia Cognitivo-Conductual se diferencia de la Terapia Cognitiva en que esta última se limita a trabajar sobre los procesos cognitivos del individuo únicamente. La Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se emplea en el tratamiento de distintas alteraciones psicológicas. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo



que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck,1967,1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

En la Terapia Cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos. Para lograr estos objetivos, la Terapia Cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas que delimitan las falsas creencias y los supuestos desadaptativos.

Los objetivos de la Terapia Cognitiva consisten en controlar los "pensamientos automáticos" negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta y examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

A diferencia de lo que ocurre en la Terapia Cognitiva, la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) no se limita a trabajar en el plano cognitivo sino que utiliza un conjunto de estrategias adicionales para generar cambios de comportamientos. Por ejemplo, los terapeutas entrenan a las personas en habilidades sociales, habilidades de comunicación, habilidades de planeación o manejo de tiempo, entre muchas otras.

Esto se hace con el fin de que los pacientes tengan suficientes recursos para enfrentar los problemas que se les presentan cotidianamente. Se parte de la premisa que de nada sirve cambiar la forma de pensar, tal como ocurre con la

Terapia Cognitiva, si la persona no sabe como hacer efectivos estos cambios mediante conductas adecuadas. Si esto no ocurre, el individuo terminará pensando como antes al experimentar fracasos repetidos.

La TCC logra una gran ventaja sobre otras terapias, dada la combinación entre modificar la racionalidad de las personas y, al mismo tiempo, exponer al paciente a los eventos que realmente lo indisponen. El sujeto es capaz de demostrarse a sí mismo que es posible manejar esas situaciones de manera efectiva.

El tratamiento Cognitivo-Conductual es breve y focalizado. Se orienta a promover nuevas habilidades para enfrentar las situaciones ansiógenas. Se aplican estrategias para que el paciente aprenda nuevas habilidades de acuerdo a sus particulares dificultades. Se utilizan diversos recursos como dividir el aprendizaje en pasos graduales, practicar las conductas mediante role-play, proponer ejemplos y modelos, entrenarse para corregir errores, focalizar los problemas de manera puntual. A medida que el paciente incrementa sus habilidades, disminuye su malestar, decrecen sus miedos, su impotencia y su desesperanza.

En la TCC se busca evitar una dependencia con el terapeuta y que el tratamiento no se cronifique. Cuando se solucionan los problemas por los cuales el paciente acudió a terapia, se busca generalizar los resultados y que el paciente pueda aplicar lo que aprendió a otras áreas. También se trata de

prevenir recaídas mediante el trabajo con recursos para enfrentar situaciones problemáticas futuras.

En este punto, si el paciente desea trabajar otros temas se replantean los objetivos del tratamiento y, si desea concluir, se da por terminada la terapia. También se deja abierta la posibilidad de que vuelva después de unos meses o cada vez que tenga otros problemas que desee abordar, para verificar y repasar los recursos adquiridos.

#### 1.1.1. TÉCNICAS DE LA TCC

La TCC emplea en sus tratamientos, técnicas conductistas y técnicas cognitivas que se han ido incorporando a su repertorio de la misma forma en que ha ido incorporando teoría de otros modelos. Le corresponde al terapeuta identificar las mejores técnicas para cada caso y aplicarlas en forma oportuna. En las siguientes páginas conoceremos como operan algunas de las técnicas mas utilizadas.

##### 1.1.1 1. LA DESENSIBILIZACION SISTEMÁTICA

La Desensibilización Sistemática es una técnica de exposición desarrollada en la década de los 50 por el terapeuta conductual Joseph

Wolpe. Influenciado por las investigaciones en relajación progresiva desarrollados por Jacobson, Wolpe aplicó la relajación a situaciones de la vida real con niveles progresivos de estrés.

Descubrió que las escenas imaginadas eran más fáciles de estructurar, evocaban niveles de ansiedad casi idénticos y producían resultados transferibles a situaciones de la vida real. De este modo se aprende a relajarse en las escenas imaginadas y es posible prepararse para la posterior relajación ante situaciones reales como dar un concierto, examinarse, etc.

Los dos principios fundamentales de la Desensibilización Sistemática son: a- Una emoción puede contrarrestar otra emoción y b- Es posible habituarse a las situaciones amenazadoras.

La Desensibilización Sistemática es un tratamiento efectivo para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y reacciones de ansiedad interpersonal. Está especialmente indicada para inhibir ansiedades activadas por estímulos que no tienen una respuesta manifiesta apropiada. Su objetivo es volver a enseñar a responder sin miedo y requiere del paciente de tres condiciones:

- a- Saber relajarse mediante la técnica de relajación progresiva.
- b- Crear una "jerarquía" de situaciones que producen ansiedad.
- c- Recorrer las situaciones graduadas relajándose en cada una y dominándola antes de pasar a la siguiente.

Con la Desensibilización Sistemática en la imaginación se puede elicitare el miedo a voluntad, no hay que esperar a que suceda. Uno puede prepararse con tiempo para algo que se acerca. Se pueden imaginar situaciones tal como se desean, con toda exactitud.

Esta técnica es la más utilizada para el tratamiento de las fobias, tanto en niños como en adultos. Se trata de ordenar de forma graduada los diferentes estímulos que proporcionan temor, de menor a mayor grado de intensidad mediante una jerarquía de miedos.

#### 1.1.1.2. LA IMPLOSIÓN

Las Implosión es otra técnica de exposición desarrollada hacia 1961. Combina los principios psicoanalíticos con los principios derivados de la investigaciones en psicología experimental. La exposición se hace con estímulos altamente ansiógenos, impidiendo las respuestas de evitación y/o escape. Los estímulos presentados tienen que ser elegidos de acuerdo a los postulados de la teoría psicoanalítica.

Baum en 1968, demostró que la presentación masiva de estímulos generadores de ansiedad asociada a la prevención de la respuesta bastaba para provocar la extinción de estímulo fóbico. No parecía necesario recurrir a elementos psicodinámicos. Baum denominó a esta técnica, inundación, que presenta como característica central la

exposición prolongada a estímulos que producen ansiedad, con el objetivo de reducir/eliminar los componentes fisiológicos de las respuestas elicítadas por ellos.

Es un intento de aplicar al ser humano los principios y procedimientos de exposición aplicados con éxito en la psicología experimental animal. Stamf concibe la adquisición de un miedo en base a un modelo de condicionamiento clásico, si bien sitúa en la infancia la adquisición de las conductas de evitación a partir de las condiciones en la que la persona fue castigada, rechazada o privada de algo. Estas situaciones de contenido dinámico, se mantendrían porque la respuesta de evitación eliminaría la ansiedad reforzándose de manera negativa y se extinguiría al reproducir la situación inicial u otra lo más parecida posible, pero sin que se produjeran las consecuencias aversivas reales.

La terapia implosiva parte del supuesto de que las conductas de los sujetos están mantenidas por estímulos condicionados de carácter simbólico y relacionados con los procesos dinámicos del desarrollo de la personalidad sostenidos por el psicoanálisis. Su empleo ha sido limitado y hay poca evidencia empírica con respecto a la relevancia de los elementos psicodinámicos.

### 1 1.1 3. LA INUNDACIÓN O FLOODING

La inundación tiene su origen en los estudios realizados sobre las conductas de evitación. Un trabajo pionero fue el de Salomon, Kamin y Wynne en 1953, sobre evitación discriminativa. Descubrieron que la exposición masiva a estímulos que producen ansiedad junto con la prevención de cualquier tipo de respuesta de escape, es uno de los sistemas más eficaces de extinción y marcaron el fundamento de las técnicas de inundación. Esta técnica se mostró eficaz tanto para extinguir las conductas aprendidas de forma gradual como las practicadas durante el transcurso de una sola sesión de entrenamiento en los experimentos que ellos desarrollaron.

La Inundación en vivo consiste en que el paciente se enfrenta repetidamente a las situaciones que le provocan miedo durante periodos prolongados de tiempo hasta que se produzca habituación. Simultáneamente se impide su respuesta de escape ante la situación ansiógena. Las sesiones, para que se produzca la habituación, deben programarse con una duración mínima de una hora y máxima de dos horas, si bien esta viene determinada por variables como la cronicidad o el tipo de conducta problema.

Conviene indicar al paciente que una vez que se inicie la sesión, no la podrá abandonar hasta que el terapeuta lo decida, ya que ello podría provocar un incremento en los niveles del patrón de respuestas.

Si el sujeto no aceptara la inundación en vivo, podemos realizar la Inundación en la Imaginación. Es preciso evaluar la capacidad imaginativa del sujeto. Con este fin se presentarán estímulos neutros solicitando del paciente que narre la escena con todo lujo de detalles. Una vez comprobada su capacidad y que las imágenes reproducen la situación real y generan las emociones esperadas por el terapeuta, se le pide que se siente, sin relajarse, con los ojos cerrados y el terapeuta describe la situación temida con la mayor exactitud posible.

Cada ensayo durará hasta que desaparezcan las respuestas de ansiedad o se reduzca a niveles inferiores al 25-30 % de los experimentados al inicio de la terapia. El terapeuta irá repitiendo la situación una y otra vez y de vez en cuando preguntará al paciente algún aspecto de la situación imaginada para ver que no se introducen elementos no controlados por el terapeuta.

La detención del pensamiento puede considerarse como una variante de la técnica de inundación dado que se trata de un procedimiento de prevención de respuesta encubierta. Consiste en enseñar al individuo interrumpir pensamientos no deseados o intrusivos. El procedimiento consiste en pedir al sujeto que se concentre en un



pensamiento no deseado (inundación en imaginación) sin que exista posibilidad de escape (prevención de respuesta). A continuación el terapeuta enfáticamente dice "alto" (EC) junto con una fuerte palmada en la mesa (EI). Como consecuencia cesan los pensamiento indeseables (RC). Pasados unos ensayos será el sujeto el que diga "alto" o cualquier otra palabra similar.

Se ensaya tantas veces como sea necesario hasta que el sujeto indique que ha aprendido el procedimiento, debe practicarlo en varios momento del día ( en dos o tres secuencias de 10 a 20 minutos cada uno) además de hacerlo siempre que aparezca un pensamiento no deseado Cuando el paciente está iniciándose en esta técnica deberá interrumpir el pensamiento intrusivo justo en el momento en que surge, en ensayos posteriores puede interrumpirse en diferentes momentos a lo largo de la secuencia de pensamiento.

Conforme avanza el entrenamiento puede pasarse a un programa intermitente de razón variable en el que sólo se interrumpe el pensamiento cada cierto número de veces, en lugar de producirse tras cada ocurrencia del mismo. A lo largo de los ensayos también se irá desvaneciendo la pronunciación en voz alta de la palabra hasta llegar a decirla subvocalmente. Esta técnica he mostrado su eficacia en trastornos tales como la agorafobia o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Existen diferencias entre implosión e inundación. En la implosión los estímulos aversivos tienen contenidos dinámicos, la exposición se produce siempre a través de la imaginación y siempre impide respuestas de escape. La inundación carece de elementos dinámicos y puede ser aplicada en vivo o imaginación, permite respuestas de escape aunque se ha de eliminar la contingencia entre la respuesta y el estímulo condicionado.

Cuadro 1.1. Diferencias entre las Técnicas de Implosión e Inundación

	<b>INUNDACIÓN</b>	<b>IMPLOSIÓN</b>
<b>Bases teóricas</b>	Psicología experimental	Psicoanálisis y Psicología experimental
<b>Exposición a estímulos aversivos</b>	En vivo e imaginada Con/sin respuesta de escape	En imaginación Sin respuesta de escape
<b>Contenido de los estímulos</b>	No dinámicos	Dinámicos

#### 1.1.1.4. MÉTODO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Se emplea para corregir distorsiones perceptuales o atribuciones de pensamiento erróneas que contribuyen a revivir experiencias traumáticas. El método de trabajo consiste en hacer una revisión

explícita con el cliente de las asunciones antes y después del trauma o de la situación tratada. Lo que se pretende es ayudarlo a adquirir una perspectiva más equilibrada y realista de la situación para disminuir la ansiedad asociada al evento. Como su nombre lo indica, lo que se hace es la reformulación de las estructuras de pensamiento del individuo.

#### 1.1.1.5. MÉTODO DE ADQUISICIÓN DE DESTREZAS

Es la parte práctica de la TCC a través de la cual se ayuda al cliente a conectar su situación con la vida cotidiana. Incluye técnicas como la relajación, el manejo del estrés, el manejo del enojo, destrezas para la resolución de problemas, estrategias para la asertividad y capacitación para la comunicación diádica y familiar.

#### 1.1.1 6 LA RELAJACIÓN

Las técnicas de relajación incluyen un conjunto de conductas previas que llevan a ella, desde sentarse en el sillón favorito, o leer un libro, hasta los cientos de técnicas de relajación que existen actualmente y que necesitan diferentes niveles de habilidades para practicarlas. Las técnicas de relajación no son caminos hacia el mismo fin sino que cada una tiene sus propios efectos y han de adaptarse a cada individuo. Cada

técnica tiene una graduación, desde técnicas que ayudan al "darse cuenta" corporal, hasta técnicas mas puramente cognitivas como meditación, visualización, etc.

La relajación, en el sentido habitual de la palabra, es un descanso transitorio del trabajo y de las responsabilidades de la vida (Hewitt,1998) pero, como señala el mismo autor, la relajación psicofísica profunda se refiere a un estado mayor que el sueño profundo

En esta categoría se enmarca la relajación progresiva de Jacobson, que se basa en la conciencia de las tensiones musculares que tenemos en el cuerpo. Se enseña a través de ejercicios que permiten distinguir entre la tensión y la distensión de los diferentes músculos. Se han hecho diferentes métodos, con la idea de que con unos cuantos ejercicios se tome conciencia de los grupos fundamentales de músculos (Cautela, 1987).

El entrenamiento se realiza en vivo y no por medio de cintas, aunque en algunos tratamientos clínicos puede estar indicado la grabación de los ejercicios de relajación, se piensa que la relajación grabada es menos efectiva (Borkovec y Sides, 1979)

La mayoría de los estudios de relajación que se realizan se hacen sobre una visión pasiva del individuo. Los investigadores parecen concebir la terapia como un proceso de tratamiento, a través del que el paciente ha de pasar, y después del cual supuestamente habrán tenido

lugar cambios importantes. Según Ost, la mayoría de los pacientes no aprenden un método efectivo que sea útil cuando la ansiedad ocurre.

La relajación se suele enseñar en situaciones especiales de tranquilidad que son ideales para conseguirla. Benson sugiere que la respuesta de relajación se facilita por cuatro elementos básicos, (a) un objeto mental que sirve de foco de atención, (b) una actitud pasiva, (c) un tono muscular reducido, (d) un ambiente tranquilo.

Este “setting” especial en el que se entrena a los sujetos podría explicar parte de las dificultades de generalización a la vida cotidiana que se suelen encontrar en los estudios de relajación. Es importante por tanto que las respuestas que llevan a la relajación se incorporen a la vida cotidiana, como intentan los trabajos de Ost. También es importante que envuelvan la mayor parte posible de los aspectos del comportamiento humano y no solamente el tono muscular

#### 1.1.1.7. ECONOMÍA DE FICHAS

Es una técnica específica para desarrollar conductas incipientes y también para disminuir conductas problemáticas. En ella intervienen el *reforzamiento positivo*, por ejemplo, las fichas que el alumno ganará por las respuestas deseadas y el *refuerzo negativo*, por ejemplo, las fichas que perderá por hacer conductas no deseadas.

La técnica consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas pequeñas fichas o tarjetitas para premiar las conductas que se desean establecer. Realizando las conductas que se determinen previamente los pacientes son recompensados con fichas que posteriormente son intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se han acordado con el profesor.

Para utilizar correctamente el sistema de fichas, previamente y de modo conjunto terapeuta y pacientes deberán fijar claramente el valor de las fichas o puntos que se otorguen y las conductas que van a ser premiadas. Dichas conductas deben corresponder a aquellas situaciones que el terapeuta desee implantar en el alumno como la disciplina, atención, realización de tareas académicas, etc.

Las fichas deben tener un valor de intercambio muy claro para el alumno y referirse tanto a situaciones gratificantes que se puedan obtener como por ejemplo, escuchar durante unos minutos una grabación preferida, o a refuerzos materiales como golosinas, lápices, etc

Una vez puesto en funcionamiento el sistema inicialmente se debe reforzar con fichas cada vez que ocurre la conducta deseada para motivar al cliente y lograr implementarla. Cuando la conducta ya está adquirida y mantenida, se deberá reforzar de un modo intermitente. Del mismo modo, los intercambios de fichas o puntos deben ser frecuentes

en el inicio de la aplicación del programa para, posteriormente, retardar de modo gradual y progresivo el intercambio.

Cuando las conductas se vayan instaurando y consolidando paulatinamente se debe ir espaciando los intervalos de intercambio de tal modo que se produzca una deshabitación progresiva de las fichas y de los reforzadores que obtiene el paciente reemplazando los anteriores reforzadores materiales por reforzadores sociales como el elogio, la alabanza, una sonrisa, aprobación, etc.

La técnica está especialmente indicada para la modificación de conductas problemáticas en clases tales como llamar la atención con risas, payasadas, alborotar, pelear; correr y gritar por la clase; cualquier comportamiento disruptivo y para incrementar el rendimiento académico. Se deben tener en cuenta algunas recomendaciones básicas para garantizar una mayor efectividad del programa.

- Los alumnos deben tener en un lugar bien visible de la clase cuáles son las conductas a realizar.
- Deben figurar el número de puntos o de fichas a ganar por la realización de cada una de ellas en los espacios de tiempo que se establezcan en el programa.
- La administración de fichas (recepción por refuerzo, retirada por castigo y canje por refuerzos) no debe interferir en la práctica normal de la clase. Podría utilizarse un tiempo exclusivamente dedicado a ello que

bien podría ser la hora del recreo cuando se trate de administración de fichas con carácter colectivo.

- En la administración de fichas con carácter individual sí se puede realizar durante la propia dinámica didáctica de la clase sin necesidad de darle mayor énfasis o importancia a la entrega de la ficha. Deberá asociarse la entrega de la ficha al alumno con un reforzador social (comentario positivo)
- Cuando un alumno realice una conducta que figura en el programa (plasmado en un mural en la pared o tablón de anuncios de la clase) conceptualizada como punitiva deberá entregar el número de fichas que se haya establecido (costo de respuesta) sin que ello ocasione ningún tipo de alteración emocional en el alumno o profesor. Sencillamente se le indicará qué conducta no deseable ha realizado y cuál es su costo y proceder a la recogida de las fichas.
- Administración frecuente de fichas al inicio del programa.
- Aclararle al alumno porqué motivo recibe o pierde una ficha con el objeto de que asocie la relación de contingencia: conducta deseable-consecuencia positiva, y, conducta indeseable-consecuencia negativa
- Las fichas pueden exponerse en un lugar visible a los alumnos, pero que no interfieran en la tarea escolar.



- El sistema de fichas puede hacerse más complejo a iniciativa del profesor introduciendo para ello un subsistema de fichas mediante las cuales se pueden obtener otras fichas de valor superior a las primeras.

Uno de los principales objetivos del sistema de fichas es *habitu*ar gradual y progresivamente al alumno a *tolerar demoras* en la recepción de fichas conforme avanza el programa.

- Deberá asignarse un lugar determinado de la clase para el canje de fichas por reforzadores.
- Los reforzadores más codiciados deberían poseer un valor más alto en fichas.
- Los reforzadores materiales deberían estar expuestos a los alumnos.
- Se debe utilizar algún sistema de registro que esté expuesto a la vista de todos en la clase, cuando se trate de modificar o implementar conductas a todo el grupo, o bien una tarjeta de registro individual para un alumno concreto. En el primer caso puede ser una cartulina donde figuren en columna los nombres de todos los alumnos y a su derecha colocar marcas, gomets, chinchetas, alfileres con cabezas de colores, etc., indicativos de cada ficha conseguida.
- Puede pedirse a los niños que traigan de su casa algún juguete u otro material que no utilicen y "donarlo" para usarlos como reforzadores de intercambio.

Los programas de economía de fichas dependen en gran medida de la creatividad del maestro o terapeuta siempre y cuando se mantengan dentro de los lineamientos señalados líneas arriba. A continuación presentamos una lista ejemplo de conductas y sus reforzadores.

Cuadro 1.2. Ejemplo de una lista de reforzadores

<b>GANANCIA DE TIEMPO LIBRE</b>	<b>MINUTOS</b>
Realizar la tarea completa limpiamente	5
Trabajar en silencio	3
Prestar atención durante las explicaciones	3
Comportarse correctamente y respetar al compañero	3
Entrar rápidamente después del recreo	2
Mejorar la letra	2
Mejorar la lectura	2
Tener el cuaderno limpio y ordenado	2
Hacer los deberes diariamente	1
Permanecer en el sitio realizando la tarea	1
Andar correctamente, sin carreras, por el colegio	1

#### 1.1.1 8 PROCESO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

a- Observar el comportamiento del niño.

- b- Hacer una lista de conductas problema.
  - c- Ordenar la lista por orden de prioridades.
  - d- Señalar las conductas que primero deseamos modificar, aquellas en las que se puede obtener un resultado más rápido, las menos complicadas o las más frecuentes.
  - e- Elegir una o dos conductas para modificar y olvidar las restantes.
  - f- Hacer un plan sobre las medidas que se tomarán en caso de que el niño funcione bien (positivas) y en caso de que lo haga mal (negativas)
  - g- Explicar al niño la nueva situación. Se trata de explicar al niño las nuevas normas.
8. Ser constantes en su puesta en práctica

## 1.1 2. PROCEDIMIENTOS DE LA TCC

La intervención terapéutica en la TCC se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento.

Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, o sea, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en

la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

La forma de trabajar con la TCC no es simple como parece. Se requiere conocer a fondo todos los instrumentos terapéuticos y sus fundamentos. Se debe saber cuándo aplicar cada procedimiento y cómo funciona, ya que cada individuo es singular y tiene sus tiempos y sus particularidades que afortunadamente le hacen único como ser humano.

Los procedimientos básicos consisten en entrenar al individuo para reconocer e identificar sus pensamientos automáticos, reconocer el significado que posee cada pensamiento para el individuo en particular, guían al cliente para comprender las relaciones que existen entre las ideas, pensamientos e imágenes y examinar el grado en el que un pensamiento o idea tiene apoyo empírico.

Una de las críticas más difundidas hacia la TCC afirma que los síntomas retornarán una vez eliminados, vale decir, que habrá recaídas o sustitución de síntomas. Sin embargo, gran cantidad de estudios de seguimiento han demostrado que la mayoría de las veces este fenómeno no se produce. Las investigaciones que reportan recaídas corresponden a trastornos en los cuales ninguna estrategia psicológica ha mostrado una eficacia significativa, tal es el caso de la Esquizofrenia o el Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Por otra parte, los índices de eficacia de la TCC para algunos grupos de síndromes, como los trastornos de ansiedad, rondan el 90 % de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de dos años. Estos datos se vuelven especialmente relevantes si se considera la alta incidencia de este tipo de patologías. No obstante, en los trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas, los índices de eficacia bajan abruptamente, sólo la mitad de los pacientes tratados en comunidades terapéuticas que operan con los principios de la TCC se mantienen abstinentes por más de dos años. Y aunque desalentadoras, estas cifras son las más elevadas que hasta la actualidad se han reportado en lo que a la dependencia química se refiere.

Quizás, esta serie de críticas surja de la concepción de que los tratamientos adecuados deben identificar indefectiblemente las "causas" de los síntomas. En verdad, en la TCC no se ignoran las "causas" de los síntomas; todo lo contrario, ellas juegan un rol muy importante en la elección de las estrategias terapéuticas. Sin embargo, no es en el contexto clínico donde procuramos identificar esas causas; la clínica constituye el ámbito de aplicación de los conocimientos que han nacido y se han validado en otro contexto, el de investigación.

Según Ariel Minici y otros, el Modelo Cognitivo-Conductual y las Terapias Cognitivo-Conductuales constituyen un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee

lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento.

La TCC se ha constituido en una de las estrategias más importantes en el abordaje psicoterapéutico de los desordenes emocionales y del comportamiento. Basados en los principios del aprendizaje del condicionamiento clásico, operante, vicario y cognitivo se ha desarrollado un enorme conjunto de estrategias y técnicas de solución rápida y a bajo costo de los problemas del comportamiento. Su sólida base teórica hace de este enfoque una alternativa de gran eficacia para enriquecer el repertorio terapéutico de los psiquiatras y de otros profesionales de la Salud Mental.

### 1.1.3. FUNDAMENTOS DE LA TCC

La Terapia Cognitivo-Conductual sigue los pasos del método científico para contrastar sus afirmaciones teóricas y probar los diversos instrumentos terapéuticos diseñados. Sus postulados teórico están probados mediante investigaciones eficaces, en lo cual existe consenso entre los profesionales para la utilización de determinados procedimientos. La Terapia Cognitivo-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos, los cuales analizaremos brevemente.

### 1.1.3.1. EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Este principio se descubre a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov, quien accidentalmente observa este proceso básico de aprendizaje por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. En el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia.

Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la TCC. Justamente, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. Y con respecto a esto vale la pena realizar algunas aclaraciones. El conductismo watsoniano representa actualmente más, la base metodológica del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales se deriven técnicas de intervención.

En efecto, comúnmente se realiza una distinción entre el "conductismo watsoniano o radical" y el "conductismo metodológico". Y en verdad, esto último es lo que hoy conservamos en TCC de los aportes de

Watson; su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo.

#### 1.1.3.2 EL CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL U OPERANTE

Planteado por B. F. Skinner hacia el año 1930, este es un proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. Skinner desarrolló este punto de vista utilizando como metodología el análisis funcional, que relaciona variables independientes ambientales con variables dependientes conductuales. El experimentador establece relaciones entre las variables ambientales que manipula (variables independientes) y las variables conductuales de un individuo (variables dependientes). Relación funcional es la relación que ocurre cuando un cambio en la variable independiente resulta en un cambio en una variable dependiente.

Una vez conocidas las relaciones funcionales, se puede predecir una conducta si se conocen las variables controladoras (variables de las cuales la conducta es función), y se puede controlar una conducta si se manipulan esas variables controladoras. Los estados hipotéticos internos (motivación, sed, sentimientos) no son variables causales. Skinner se opone a quienes proponen ficciones explicativas y detienen allí la investigación, sin buscar las variables controladoras ambientales. Por



ejemplo, decir que alguien tartamudea debido a la ansiedad en vez de buscar las variables que controlan su tartamudeo. La conducta está determinada, posee regularidades, es posible establecer leyes para explicar, predecir y controlar la conducta

Skinner diferencia el "determinismo" del "determinismo mecanicista", en el cual estímulos y respuestas son contiguos y el primero compele al segundo. Las diferencias son el concepto de clase y la causalidad consecuencial. Esta postura fue con frecuencia malinterpretada como si afirmara que el sujeto es pasivo, o propusiera el fatalismo. En realidad no propone que el sujeto sea pasivo sino que el locus de control de la conducta está en el ambiente y no en el interior del organismo. El ambiente es un componente inherente a la conducta y ésta no puede separarse del contexto en el cual ocurre. Para definir una conducta hay que identificar los factores ambientales involucrados sin negar los factores genéticos. Se opone más bien a las causas mentales y a la idea de autonomía humana que niega la influencia de variables controladoras sobre la conducta.

Según Skinner, hay dos clases de relaciones funcionales, la respondiente y la operante. Se denomina "respondiente" a la conducta que es elicitada por un estímulo antecedente, y "operante" a la conducta que no está bajo el tipo de control de un estímulo elicitador antecedente, y

cuya clase ha sido reforzada por sus consecuencias en ocurrencias anteriores.

La conducta respondiente es elicitada por un estímulo antecedente. Son reflejos y conductas aprendidas con el condicionamiento respondiente o pavloviano, que consiste en cambiar el estímulo elicitador. Es conducta llamada involuntaria, y su causalidad es mecanicista. La relación es de estímulo-respuesta. la conducta es una reacción a los estímulos inmediatamente precedentes. Se denomina "respondiente" a esta clase de relación funcional entre estímulo y respuesta, y a la conducta que está controlada por este tipo de relación funcional.

Skinner agrega el concepto de operante. Es la conducta llamada voluntaria, y su modo causal es la selección por consecuencias. El término operante enfatiza que la conducta opera en el ambiente para generar consecuencias. La conducta operante se define por relaciones funcionales entre clases de respuestas (no instancias específicas de respuestas) y consecuencias ambientales. Skinner distingue entre instancias de respuesta y clases de respuesta. La primera se especifica en términos de topografía o estructura y refiere a la ocurrencia particular y específica de una conducta "tomó un vaso de agua a las 4 de la tarde". Una clase de respuesta, como "tomar agua", es un conjunto de actos definidos por un impacto medible en el ambiente, que trasciende instancias y formas particulares de la respuesta.

Operante es una conducta que opera sobre el ambiente para generar consecuencias. Las consecuencias definen las propiedades con respecto a las cuales las respuestas se denominan igual (como pertenecientes a la misma clase). La consecuencia define a la clase de conducta. Una operante se identifica con una clase de respuesta que puede ser fortalecida (volverse más probable o frecuente) por los eventos (reforzadores) que la siguen inmediatamente. La probabilidad de una clase de respuesta es un concepto fundamental, pero no es directamente medible, y para resolverlo se mide a través de la frecuencia de respuesta (tiempo entre las instancias de respuesta).

Lo operante explica el propósito, significado e intención de la conducta, al identificar sus variables controladoras. Cuando vemos un episodio de conducta, vemos sólo una instancia de respuesta. Podemos incluirla en una clase operante en función de su historia previa (otras veces el individuo se comportó en modo similar y las consecuencias fueron reforzantes). Otra conducta con la misma topografía puede ser parte de otra operante (por ejemplo, si el reforzamiento consistió sólo en la simple estimulación, la misma topografía de "dejar caer agua sobre las manos" participa en definir la operante "estimular el cuerpo"). Propósito/significado/intención no son propiedades de la conducta en sí misma, son formas de referirse a las variables controladoras (potencialmente manipulables) de las cuales la conducta es función.

Reemplaza la idea teleológica de propósito por la de selección por consecuencias, tanto en la filogenia (selección natural) como en la ontogenia (conducta de individuos).

Los principios de la conducta se aplican a las conductas humanas complejas, incluyendo el lenguaje, el pensamiento, la conciencia y la ciencia. A diferencia de las posturas dualistas, ninguna faceta de la experiencia humana queda fuera del conocimiento científico.

La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la TCC.

#### 1.1.3.3. EL APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN

Este tercer pilar de la Terapia Cognitivo-Conductual se establece hacia la década del '60 con los trabajos encabezados por Albert Bandura. El énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la "Teoría del Aprendizaje Social", desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales

o visuales constituyen variables críticas. Y sólo a manera de comentario, agreguemos que Bandura se halla también muy involucrado en la formulación de modelos cognitivos.

De hecho, hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados "eventos privados", vale decir, pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, por sólo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados "modelos cognoscitivos".

#### 1.1.3.4. LOS PROCESOS COGNITIVOS

Este cuarto pilar se encuentra en el plano del cognitivismo, que hace hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones. Mencionemos a Aaron Beck y Albert Ellis como dos de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere. Ambos desarrollaron de manera independiente sus dos modelos de intervención, respectivamente, Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva.

Ellos, en principio admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento, aunque éste refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas. El cognitivismo tiene sus raíces en el pensamiento de

Epícteto, hace mas de 2000 años cuando dijo. "La gente se perturba , no por los acontecimientos, sino por su opinión sobre los acontecimientos"

Esta corriente psicológica afirma que los pensamientos causan las emociones por lo tanto el individuo actúa en consecuencia. Podemos entender por cognitivo, los procesos del pensamiento. La interpretación que en nuestra mente hagamos de ese hecho generará en nosotros una emoción y luego vendrá la conducta que estará determinada en muchos casos por nuestro estado de ánimo.

Si hacemos el ejercicio de poder imaginarnos, o recordar una determinada situación, probablemente descubramos que cada persona de nuestra familia reaccionaría de distinta forma ante ese hecho. La explicación es que , cada uno de nosotros hace interpretaciones distintas del mismo acontecimiento, determinada por distintos aprendizajes anteriores y factores de nuestro entorno como el momento que estamos pasando, nuestra edad, realidad, contexto, etc. Consecuentemente, la emoción y la conducta que seguirán a ese hecho serán distintas en cada ser humano. No cambia el acontecimiento en sí , sino la interpretación que de él hacemos.

Estos son, los cuatro pilares básicos de la TCC: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. En efecto, a fin de explicar la complejidad del comportamiento humano es preciso poner

en conjunción no sólo los principios derivados de los paradigmas mencionados, sino considerar otros desarrollos de la investigación contemporánea que no se oponen ni excluyen a los aspectos aquí tratados.

#### 1.1.4. OBJETIVOS DE LA TCC

La Terapia Cognitivo-Conductual, busca propiciar el cambio actuando sobre el pensamiento y su correlato con la emoción y la conducta, tratando de descubrir en cada paciente cuales son las creencias y pensamientos que han determinado que unos se hayan hecho de una manera y otros de otra.

Las técnicas utilizadas combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación. En suma, dado el carácter científico de la TCC, ella se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es una teoría ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos.

### 1.1.5. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA TCC

Para entender el surgimiento de las terapias Cognitivo Conductuales (TCC), es importante conocer el proceso evolutivo de las psicoterapias a partir del modelo psicodinámico que, hacia 1940, era la única psicoterapia para los trastornos funcionales, aceptada en los países mas desarrollados como Estados Unidos y el Reino Unido.

El enfoque psicodinámico parte de la premisa de que la conducta se origina de impulsos (drive) que provienen del interior de la persona. Su principal sustento teórico proviene de las investigaciones de Sigmund Freud, quien expone su teoría en obras como *Estudios sobre la histeria*, publicado en 1895; *La interpretación de los sueños* en 1900; *Tres ensayos sobre la sexualidad* en 1905 y un sinnúmero de obras recopiladas en 24 volúmenes en la *Edición clásica en inglés*. La contribución más importante de Freud al campo de la psicología fue el descubrimiento de las fuerzas del inconsciente.

La teoría freudiana da mucha relevancia al papel de la familia en el moldeamiento de la personalidad y en la salud mental del niño. También da prioridad a los instintos innatos enfatizando el núcleo biológico del hombre. Eleva considerablemente el papel de los procesos irracionales inconscientes e infravalora al mismo tiempo, los poderes racionales del hombre. Aunque aborda la influencia de la sociedad, no le da un lugar preponderante como factor causal de los estados de salud y enfermedad mental. El enfoque de



Freud hacia la sociedad implica una actitud ambivalente. Según Nathan Ackerman, (Friedenthal y Pereyra, 1988), parecería que Freud estaba del lado del individuo y contra la cultura.

Para esa misma época en que el modelo psicodinámico mantenía la hegemonía en el campo clínico, las terapias conductistas, basadas en la teoría del condicionamiento y el aprendizaje habían empezado a difundirse pero no representaban ningún desafío para las terapias psicodinámicas, especialmente porque estaban dirigidas a sujetos verbal y culturalmente limitados.

Las teorías de la conducta y el aprendizaje fueron desarrolladas a partir de las investigaciones del ruso Iván Pavlov alrededor de 1912. Pavlov articuló una forma de aprendizaje conocido como *condicionamiento clásico* que luego fue expandido o mejorado en Norteamérica por John B. Watson (1874-1949), B. F Skinner (1904-1990); Edward L. Thorndike, Clark Hull, Dollard y Miller y otros

Las teorías de la conducta y del aprendizaje afirman que el conocimiento válido surge de la experiencia y necesita ser confirmado con ésta de forma continua. Su expresión más importante es la relación estímulo-respuesta (E-R), donde el estímulo (E) se refiere a cualquier evento que sirva de activador de una respuesta del organismo y la respuesta es la reacción de este último. A esta combinación le denominan *conducta respondiente*. Sin embargo, Skinner también señala la existencia de *conductas operantes*, las

cuales ocurren en forma espontánea sin que necesariamente esté presente un estímulo. Según la teoría, una conducta respondiente u operante tiende a repetirse si es acompañada por satisfacción debido al efecto de un *reforzador*, o sea, cualquier cosa que aumente la probabilidad de una respuesta.

Según Cyril M. Franks, la terapia conductista adquirió un auge notable hacia 1958 con la publicación de Wolpe sobre la psicoterapia de inhibición recíproca y Desensibilización Sistemática que le permitió prestar atención a problemas psicológicos significativos. Aunque los procedimientos de la terapia psicodinámica eran complejos seguían siendo atractivos e intelectualmente estimulantes. Sin embargo, la terapia conductista despegó con una sorprendente rapidez, venciendo la resistencia de algunos intelectuales intransigentes

La terapia conductista se convirtió en una confederación de terapias basadas en la teoría del aprendizaje, compartiendo una metodología de la ciencia Conductual común. Gradualmente, la base de condicionamiento pavloviano de la teoría conductista empezó a incorporar cada vez más aspectos de las ciencias naturales y sociales y de la cognición y, en menor medida, el afecto se incorporó poco a poco en un nuevo marco.

De este modo, hacia el final de los años ochenta la identidad claramente definida de la Terapia Conductual como algo único entre las terapias empezó a desdibujarse. Cada vez se hizo más difícil decidir cuál era y cuál no era

terapia conductista. Como resultado, al final de los años noventa estas terapias empezaron a definirse como cognitivas y conductuales, convirtiéndose en mayoría. De algún modo, las terapias conductista habían introducido tantos elementos cognitivos que ya no podían ser consideradas como tal.

Las terapias cognitivo conductuales se basan en un enfoque general del comportamiento en el que los procesos cognitivos tienen un rol determinante. Esta concepción obedece a una evolución que experimentó el modelo Conductual tradicional de Skinner durante la década de los ochenta y en el que influyeron autores e investigadores cognoscitivos importantes como Albert Ellis (1955); Albert Bandura (1977, 1986); Aaron Beck (1981), Meichenbaum (1985) y Kendall y Braswell (1993). El resultado final fue la fusión de los principios más relevantes de ambos modelos.

Como hemos visto anteriormente, en el modelo Conductual de Skinner, la explicación de la conducta se enfoca en factores del ambiente, llevando estas creencias y conceptos heredados de su antecesor John Watson a un extremo razonablemente lógico. Desde esta perspectiva, su psicología no se centra en la persona sino únicamente en aquellas variables del ambiente que influyen en la conducta del individuo y que pueden ser observadas, medidas y cuantificadas.

Skinner sugirió que se puede considerar a la persona como si estuviera vacía y observar cómo los cambios en el ambiente afectan la conducta del

individuo (Engler, 1998). De esta forma, no es necesario plantear fuerzas internas o estados motivacionales como causales de la conducta. El enfoque eskineriano representa el más puro conductismo.

Tomando como referencia sus principios y conceptos, Bandura y Rotter le hicieron algunas correcciones a cuestiones que ellos consideraron como “errores” del conductismo radical. Por ejemplo, para Bandura, Skinner es demasiado extremista en su énfasis primario sobre los factores externos que lo condujeron al punto de concebir al individuo como un ser pasivo que reacciona mecánicamente a los estímulos del ambiente.

En su teoría, Bandura cree, como Skinner, en la extrospección como punto de partida en la explicación de la conducta, pero también cree que se deben considerar variables internas como la *auto eficiencia*, que es la percepción que tiene una persona respecto a su propia productividad. Para Bandura, la conducta humana se debe a un *determinismo recíproco* que significa que la conducta se explica en función de factores conductuales, cognoscitivos y ambientales que influyen unos sobre otros. Por ejemplo, una conducta X puede producirse a raíz de un estímulo externo Y pero, a su vez, el efecto del estímulo Y sobre el individuo, depende de factores personales individuales tales como sus creencias y expectativas. En este proceso, los factores cognitivos determinarán cuáles estímulos se reconocerán, cómo se percibirán y cómo se actuará ante éstos. De la misma forma, Julián Rotter

enfatisa que es el significado subjetivo y la interpretación del ambiente lo que en realidad regula nuestra conducta.

## 1.2 LA AGRESIÓN

Los primeros estudios científicos de la agresión se inician a principios del siglo XX con las declaraciones de Jung sobre su origen y significado. Estas palabras despiertan el interés de otros investigadores como Freud y Pavlov que empiezan a formular sus propias teorías. De hecho, fue Sigmund Freud el primero en dar una definición concreta del término, tomando como marco conceptual su teoría psicosexual que estaba en pleno apogeo durante esa época. Esta definición fue variando de acuerdo a las modificaciones que Freud fue introduciendo en su teoría general.

En un principio la definió como “un impulso derivado de la pulsión sexual, que se genera cuando ésta no puede ser satisfecha.”<sup>1</sup> Al igual que su teoría, estas declaraciones despertaron enormes controversias. Desalentado por las críticas hechas a su teoría por el énfasis en lo sexual, orientó sus explicaciones hacia el plano de la estructura de la personalidad. Desde esta perspectiva, pensó que la agresión tenía que ver más con las funciones del yo como “un mecanismo de auto conservación que se activa cuando algo lo perturba (herida narcisista) y el yo desea la destrucción o eliminación de aquéllo que le

---

<sup>1</sup>Van Rillaer, Jacques; La Agresividad Humana, Editorial Gerder, Barcelona, 1978. p.26

perturba.”<sup>2</sup> Hacia el final de su vida, cuando creía haber llegado al desarrollo total de su teoría, llegó a creer que ésta era una función del instinto de muerte “Es la parte de la pulsión de muerte dirigida hacia el exterior con la ayuda de la musculatura.”<sup>3</sup> El enfoque freudiano hace énfasis en el origen biológico de la agresión y la concibe como algo que nace con el individuo.

Hacia 1917, Iván Pavlov, motivado por las contradicciones encontradas en el enfoque freudiano, desarrolla su modelo conductista y con ello cambia la concepción de la agresión. De acuerdo a este modelo, el origen de la agresión se sitúa en el ambiente externo del individuo. Son los estímulos del entorno que provocan una respuesta en el sujeto. Este enfoque se refleja posteriormente en la definición propuesta por el grupo de la Universidad de Yale, integrado por Dollard, Miller, Doob, Mowrer y Sears. En 1939, lanzaron la famosa hipótesis agresión-frustración, que alcanzaría rápidamente gran popularidad entre la comunidad científica. Pero, igualmente, generaría gran controversia. Citado por Clarizio, sostienen que “la agresión es una respuesta muy probable ante una situación frustrante”<sup>4</sup> Su contenido es opuesto a la noción biológica de Freud y expresa la convicción de que la agresión se explica en base a la relación estímulo-respuesta, pensamiento característico de la escuela conductista. En

---

<sup>2</sup>Op. Cit. p.28

<sup>3</sup>LaPlanche, Jean y Jean Bertrand Pontails; Diccionario de Psicoanálisis, Editorial Labor S.A., Barcelona, 1979.

<sup>4</sup>Clarizio, Harvey y George McCoy; Trastornos de la Conducta en el Niño, Editorial Manual Moderno, México, 1981, p.70

otras palabras, es el ambiente el punto de origen de la agresión. Ésta no nace con el individuo, sino, se desarrolla a medida que crece.

Arnold Buss también propone una definición de la agresión. Su particularidad está en que intenta desprenderse de las concepciones mentalistas y motivacionales de la escuela psicoanalítica y los aspectos ambientales del conductismo. Citado por Berkowitz, sostiene que la agresión es “la entrega de estímulos nocivos a otros.”<sup>5</sup> Esta corta definición se centra en el sentido básico de la agresión sin entrar a discutir o a expresar opiniones sobre su origen o constitución. Podemos decir que se reduce a la expresión más elemental.

Albert Bandura, desde la perspectiva del aprendizaje social, sostiene que la agresión es sólo una de muchas reacciones que se dan para hacerle frente a la frustración. Es “un comportamiento que se aprende por observación o imitación de la conducta de modelos agresivos”.<sup>6</sup> Esta influencia del ambiente no ocurre en forma pasiva para el sujeto observador. Bandura señala que el individuo solamente incorporará a su repertorio conductual la conducta agresiva que ha observado en otros sujetos, si ésta es considerada útil para resolver situaciones de su interés. Su definición, en cierto sentido contradice la posición del grupo de Yale, ya que en ella plantea una participación activa del sujeto

---

<sup>5</sup>Berkowitz, Leonard; Agresión, causas, consecuencias y control. Editorial Desclee de Brouwer S.A. Bilbao, 1996, p. 27.

<sup>6</sup>McKal, Karl; Teorías psicológicas de la agresión. Ediciones Pirámide S.A., Madrid, 1983. p.13

respecto al estímulo que procede del ambiente. Sin embargo, Bandura no es lo suficiente claro respecto al contenido mismo de la agresión.

Para Daniel Lagache, citado por Van Rillaer, la agresión es “un acto o paso al acto, cuyo fin es la destrucción total o parcial, literal o figurada de un sujeto.”<sup>7</sup> Lagache, que es seguidor de la escuela freudiana, implica en su definición conceptos del inconsciente al referirse a la “destrucción figurada” de un sujeto. Este concepto fue ampliamente explicado por Freud, especialmente al abordar el tema de la dinámica de la personalidad y el uso de mecanismos de defensa como el desplazamiento, en el cual, el individuo utiliza procesos internos para redirigir los impulsos agresivos a otros objetivos menos peligrosos. En todo caso, queda implícita su posición de que ese paso al acto proviene de fuerzas internas.

Para Berkowitz, la agresión es “cualquier forma de conducta que pretenda herir física o psicológicamente a alguien”. (Berkowitz, 1996). La agresión también se puede definir como “un conjunto de acciones primarias interpersonales constituidas por conductas verbales o físicas que son destructivas o perjudiciales a otros o a objetos. (Lochman, 1984).

---

<sup>7</sup>Van Rillaer, Jacques. Op. Cit. p.100



### 1.2.1. DELIMITACIÓN DE LA AGRESIÓN

Al analizar las definiciones anteriores encontramos que todos los autores coinciden en un punto específico. la agresión implica hacer daño a otros. Esta conclusión tan obvia, tiene sin embargo, un aspecto complicado. ¿Cuándo debe considerarse agresión el daño ocasionado a otros? Algunos autores sugieren que debe valorarse la intencionalidad en la conducta del que produce el daño ¿Lo hizo deliberadamente o, por el contrario, fue en forma accidental? En el primer caso, sería un acto agresivo, en el segundo caso, no.

Otros autores como Berkowitz, sugieren como criterio, valorar si el daño infringe una norma social, (Berkowitz, 1996). Citando a Bandura, señala que “nosotros clasificamos una conducta como agresión cuando no se ejecuta como parte de una regla socialmente aprobada.”<sup>8</sup> Señala además, que la agresión tiene una connotación negativa y de acuerdo a esta perspectiva, diríamos que una persona es agresiva si lo que hace nos ocasiona disgusto. Un ejemplo es que se considera como agresivo a un sujeto que corta a otro con un bisturí en medio de una pelea mientras que se considera normal a un cirujano que corta a un paciente con un bisturí durante una operación quirúrgica. Esta última conducta es socialmente aprobada

---

<sup>8</sup>Berkowitz, Leonard. Op.cit., p.27

El problema de definir la agresión, aún utilizando los criterios sugeridos, es todavía mas complejo. Los dos criterios señalados son de carácter subjetivo. En el primer caso, ¿quién debe determinar si el daño es intencional o no? En el segundo caso, ¿Quién propone las normas sociales? En este sentido, un enfoque útil al definir la agresión es tener presente que ésta se refiere más a una acción que a un sentimiento como el enfado, la ira o la frustración. Como veremos mas adelante, no siempre es necesario que el sujeto agresor esté iracundo o enfadado para producir agresión.

#### 1.2.2. CONCEPTO DE AGRESIÓN

Al analizar la forma en que se define la agresión de acuerdo a los diferentes enfoques teóricos, podemos concluir que cada uno la conceptualiza de manera diferente. Por ejemplo, en el enfoque psicodinámico, encabezado por Freud, se conceptualiza la agresión como “un impulso (drive) interno, innato”, por cuanto viene con el individuo desde su nacimiento y se activa por mecanismos aún no bien comprendidos.

Para los teóricos conductistas, en cambio, el concepto básico es que se trata de “una respuesta de emergencia” hacia sucesos ambientales. Si bien, en cierto modo pueden admitir que se trata de un impulso, difieren de Freud en el sentido de que este impulso no viene con el individuo sino que se aprende del ambiente.

Para el enfoque del aprendizaje social, el concepto básico de agresión es que se trata sólo de una "conducta aprendida". Bandura rechaza la idea de que el hombre está sujeto a fuerzas internas (impulsos) o sometido a fuerzas externas, (estímulos). La agresión surge espontáneamente como cualquier otra conducta y sólo será incorporada al repertorio de conductas del sujeto si ésta ayuda a la consecución de objetivos y, además, es fuertemente recompensada.

El enfoque Cognitivo-Conductual conceptualiza la agresión como "una secuencia específica de acontecimientos o pasos encubiertos y observables", (Goldstein y Keller, 1995), que aparecen como consecuencia de alteraciones en los procesos cognitivos del individuo y que desencadenan reacciones conductuales inapropiadas. (Lochman, 1984).

Karl McKal, que desarrolló el modelo bioquímico de la agresión, es un poco más específico y directo. Conceptualiza la agresión como "una conducta instintiva" que se produce debido a la influencia de hormonas y que a su vez, puede ser transmitida por la herencia. Comparte un criterio parecido al de Freud, sin embargo fue mas enfático en sus declaraciones.

En sus propias palabras:

!...la herencia de los instintos como hormonas es el argumento más potente que tenemos acerca de su estabilidad y reproductibilidad; debemos postular sencillamente la existencia de hormonas de la agresión junto con las hormonas sexuales...j<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>McKai, Karl. Op. Cit., p. 271

Además de las diferentes concepciones científicas de la agresión, también existen concepciones populares que vale la pena mencionar. Por ejemplo, se puede pensar en la agresión como una especie de energía o impulso que empuja al individuo y explica tanto la necesidad de herir a otros como las causas de éxito en una empresa o actividad. A menudo se utiliza indistintamente el término "agresivo" como sinónimo de emprendedor o enérgico, y también se aplica al violento y peleador.

En el ámbito del derecho, el término agresión se utiliza para referirse a la infracción de una norma que ha sido desarrollada para tal fin, por ejemplo en el establecimiento de límites territoriales entre naciones.

### 1.2.3. CLASES DE AGRESIÓN

La mayoría de los autores está de acuerdo en que existen diferentes clases de agresión. Sin embargo, no existe un método único de clasificación. Los sistemas mas usados son los desarrollados por McGuire y Troisi que establecen tres métodos diferentes.

El primero, se basa en la observación de patrones de conducta agresiva, asignándolos a una de las siguientes categorías: 1. Agresión verbal, 2. Agresión física contra objetos, 3. Agresión física contra uno mismo y 4. Agresión física contra otros.

El segundo método se basa en los mecanismos de activación de la agresión. Por ejemplo: a. Ataque predatorio, b. Ataque inducido por miedo, c. Ataque inducido por irritación, d. Defensa territorial, e. Defensa maternal, f. Defensa instrumental y g. Defensa relativa al sexo.

El tercer método se basa en los aspectos conceptuales del proceso, por ejemplo, agresión territorial, relativa al dominio, relativa al desapego, disciplinaria, antipredatoria y moralista

Berkowitz desarrolló un sistema diferente, enfocado desde una perspectiva sociológica. Su clasificación se basa en el móvil del ataque y señala que hay dos tipos de agresión. a La agresión instrumental, cuya característica fundamental es que el acto agresivo es sólo un medio para lograr otros fines. "Los agresores pueden tener en mente otras metas cuando atacan a sus víctimas".<sup>10</sup> Generalmente estas metas se refieren al dominio, coerción, status, consecución de objetos o dinero. b. La agresión emocional, en cambio, tiene como objetivo principal descargar en la víctima sentimientos o afectos negativos y al producirle daño generan algún tipo de recompensa o satisfacción al agresor.

#### 1.2.4. ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA AGRESIÓN

No hay nada que indique claramente que la agresión es un comportamiento anormal en las personas. Ya hemos señalado que Bandura

---

<sup>10</sup> Berkowitz, Leonard Op. Cit. P. 33

la considera una conducta espontánea en el ser humano, que surge de la misma manera que cualquier otra conducta. La calificación como conducta patológica responde mas a los valores sociales del grupo que a la propia naturaleza del acto agresivo. Por otra parte, Clarizio afirma que es un comportamiento muy común en los niños aunque considera que para un buen proceso de socialización es necesario abandonar cierta cantidad de ella. "Se considera tanto normal como conveniente que el niño defienda sus derechos y pelee cuando la situación lo justifique" (Clarizio, 1981)

Lochman coincide con Clarizio al señalar que casi todos los niños despliegan cierta cantidad de conductas agresivas. Hasta este punto se considera normal y no hay nada patológico en ella "El problema empieza cuando la agresión es excepcionalmente severa, frecuente o crónica, . . . es aquí que viene a ser indicativa de psicopatología". (Lochman, 1984)

En sus primeras observaciones sobre la agresión, Freud descubrió que ésta era un elemento fundamental en muchos de los trastornos de sus pacientes. Este punto lo ilustra en el caso de "Dora", donde descubre que la agresión del paciente hacia el terapeuta es una repetición encubierta de la agresión experimentada con relación a una figura paterna. A esta operación le denominó "transferencia negativa" y al trabajar sobre el contenido agresivo, podía lograr la cura de sus pacientes. Desde la perspectiva freudiana, el problema de la agresión radica en el manejo que hace la persona de los impulsos agresivos.

En la actualidad, algunos sistemas de clasificación de los trastornos mentales como el DSM-IV señalan la agresión como un importante criterio diagnóstico para ciertos trastornos como el Negativista Desafiante, Trastorno Disocial y para el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Aunque la agresión no es el único criterio observado, su nivel de patología se mide en función del deterioro de la actividad social, académica, laboral y personal del individuo

La agresión también es un síntoma de alteraciones en el humor, como los episodios depresivos, principalmente en niños. También puede encontrarse como síntoma asociado a trastornos orgánicos como la Epilepsia, la Demencia Senil y algunos estados psicóticos como la Esquizofrenia Paranoide.

### 1.3 LA TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGRESIÓN

El concepto de la agresión varía de acuerdo a los diferentes enfoques teóricos. En nuestra investigación, tomamos como referencia el propuesto por la teoría Cognitivo-Conductual, la cual señala que “cualquier acto de agresión manifiesta está compuesto de una secuencia específica de acontecimientos o pasos encubiertos y observables, que aparecen como consecuencia de alteraciones en los procesos cognitivos del individuo y que desencadenan

reacciones conductuales inapropiadas". Los pasos encubiertos se refieren a los pensamientos o procesos congestivos que se producen en el individuo mientras que los observables se refieren a las reacciones fisiológicas o a las manifestaciones conductuales.

De estos principios básicos, describimos a continuación el modelo de la agresión desarrollado por Lochman y colaboradores, "Modelo Social cognitivo de la Ira y la Agresión" (Lochman, 1984; Lochman, Meyer, Rabiner & White; Lochman, Nelson & Sims, 1981) que explica como la ira se desarrolla en los niños y se convierte en una respuesta agresiva. Sobre este modelo, Kendall diferencia las deficiencias cognitivas, las cuales se refieren a una cantidad insuficiente de actividad cognitiva, de las distorsiones cognitivas, que se refieren a percepciones erróneas

De acuerdo al modelo, el niño se enfrenta al potencial evento estimulante de la ira. Sin embargo, su respuesta emocional y psicológica depende de la percepción y apreciación del evento mas que del evento mismo. Su percepción y apreciación del evento depende de experiencias previas y de la selectividad que el niño presente sobre aspectos particulares del mismo. Si lo interpreta como frustrante, provocativo o estresante, responderá con otro conjunto de actividades cognitivas que determinan un nivel de activación o umbral acerca del evento. El conjunto de actividades cognitivas está formado por:

- a. La percepción e interpretación del evento
- b. El nivel de activación y



c. El manejo social del problema.

De estas tres categorías se establecen tres grandes dominios de donde provienen las variables que determinan la conducta agresiva.

### 1.3.1. EL DOMINIO "PRODUCTOS SOCIAL COGNITIVOS"

El dominio "productos social cognitivos", se refiere a los aprendizajes sociales que influyen en la interpretación que hace el niño agresivo de las señales del ambiente. Generalmente, tiende a sobrevalorarlas como señales hostiles a las que debe responder con agresión. En estudios desarrollados por Dodge y Newman en 1981, encontraron que los niños agresivos tienden a prestar atención excesiva a algunos estímulos en particular que interpretan como altamente hostiles, mientras que estos mismos estímulos no son de interés para niños no agresivos. En otras palabras, se mantienen hipervigilantes hacia señales consideradas hostiles.

### 1.3.2. EL DOMINIO "OPERACIONES COGNITIVAS"

El dominio "operaciones cognitivas", se refiere a las operaciones de orden cognitivo que realiza el niño para procesar la información que proviene del ambiente como la memoria a corto y largo plazo, la atención, la resolución

de problemas sociales y la conceptualización. Algunos estudios (Rabiner, Lenhart y Lochaman) sugieren que hay relación entre deficiencias en estas operaciones y comportamientos agresivos. En un experimento con niños, observaron un estilo particularmente agresivo como modo de reaccionar cuando ocurren fallas en estos procesos. Los que reaccionaron de este modo eran los niños agresivos, mientras que los niños no agresivos adoptaron estilos diferentes de resolver las fallas.

### 1.3.3 EL DOMINIO "PROPOSICIONES ESQUEMÁTICAS"

El dominio "proposiciones esquemáticas", se refiere a estructuras cognitivas constituida por información personal o conocimientos generales almacenados en la memoria del niño que se constituyen en una especie de esquemas o pensamientos que rigen su conducta momento a momento. Estos esquemas generalmente se pueden identificar en forma de "slogans" o sentencias que el niño manifiesta y que luego son traducidos a conducta observable. En el niño agresivo, las proposiciones esquemáticas están estrechamente relacionadas a los productos social cognitivos y son su manera de manejar las situaciones sociales.

#### 1.3.4. SUSTENTO TEÓRICO DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA AGRESIÓN

Como hemos señalado, el acto agresivo se origina en cualquier variable de estos dominios. Por ejemplo, éste responderá con agresión cuando interpreta como hostiles aquellos estímulos que provienen de su entorno o considera que una acto agresivo es una respuesta apropiada para conseguir sus metas.

Gran parte de éstas afirmaciones tiene sus raíces en las teorías del aprendizaje social desarrolladas por Julián Rotter y Albert Bandura. El comportamiento agresivo se produce en forma natural en el individuo y éste lo incorpora a su repertorio conductual cuando es reforzado frecuentemente o cuando lo considera útil para conseguir objetivos específicos como respeto, dominio, status o para conseguir objetos de otras personas. Por lo general, lo incorpora después de observar comportamientos agresivos de modelos que ejercen cierta influencia sobre él

Otras consideraciones del modelo también sostienen que el individuo agresivo tiene dificultad para posponer el acto agresivo una vez que se produce el proceso cognitivo relacionado. En otras palabras, no media ningún proceso de regulación entre la interpretación de un estímulo como hostil y la manifestación del acto agresivo. Sobre este punto, Michenbaum hizo valiosos aportes con sus investigaciones sobre el autocontrol en niños agresivos. Tomó como referencia un estudio de posposición del placer en

niños, realizado por Mischel y los principios de autorregulación o control interno desarrollados por Luria y Vigotsky

En un experimento, Mischel había descubierto que los niños pueden posponer la obtención de una gratificación (placer), si son capaces de desarrollar mecanismos cognitivos de control. Algunos mecanismos de control cognitivo habían sido estudiados por Luria y Vigotsky. Ellos estaban convencidos de que los procesos psicológicos como el lenguaje interno son la base fundamental para los procesos de autorregulación. El lenguaje interno tiene una fuerte base social. Los pensamientos de una persona son el reflejo de transacciones interpersonales, generalmente con los padres o tutores, que son observadas y experimentadas y que luego se convierten en una especie de comunicación interna que regulan la conducta del individuo.

Michenbaum tomó ambos principios como referencia y concluyó que los niños agresivos son agresivos porque no han desarrollado estrategias cognitivas de control y porque no han internalizado patrones de pensamiento que los guíen hacia conductas diferentes a la agresión. En sus estudios demostró que el niño agresivo pasa directamente del pensamiento a la acción, pero cree que pueden desarrollar mecanismos cognitivos de control en la misma forma en que los niños del estudio de Mischell pudieron posponer el placer. Al igual que Luria y Vigotsky, cree que el "habla interna" juega un papel importante en la adquisición de estos mecanismos cognitivos de control

Como ya hemos señalado, el “habla interna” mencionada por Luria y Vigotsky, se refiere al conjunto de símbolos mentales con los cuales el niño se comunica a sí mismo representaciones del mundo exterior y de sensaciones internas como las emociones, sentimientos, etc. Las personas respondemos conductualmente a esas comunicaciones internas. Michenbaum sugiere que el niño agresivo confronta dificultades para nombrar adecuadamente las emociones que siente, porque su repertorio de términos para describirlas es deficiente. Como consecuencia, su habla interna se limita a unas cuantas vías de respuesta, dentro de las cuales las comunicaciones con contenido agresivo son frecuentes.

Otro modelo de la agresión basado en estos principios es el desarrollado por Goldstein y Keller. Se caracteriza principalmente por la consideración de variables personales junto con variables situacionales y de tarea, así como las interacciones potenciales entre este conjunto de variables, como responsables del comportamiento agresivo. El acto de agresión manifiesta es visto de modo segmentario, como un conjunto de pasos encubiertos y observables, agrupados en las siguientes categorías:

- a. Interpretación de los estímulos externos que incrementan la activación
- b. Activación afectiva elevada
- c. Comunicación defectuosa
- d. Manejo inadecuado de contingencias
- e. Deficiencias en las habilidades prosociales

f. Deficiencias en los valores prosociales

El origen del acto agresivo radica en uno de estos aspectos o en la interrelación de varios de ellos. Cada uno de estos aspectos debe ser evaluado en forma separada, para lo cual se dispone de diferentes métodos y técnicas. La importancia de una correcta evaluación radica en determinar dónde y cómo intervenir eficazmente dentro de esa secuencia.

La interpretación de los estímulos externos que incrementan la activación se refiere a la forma en que el niño interpreta cognitivamente estímulos potencialmente hostiles.

#### 1.4. EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGRESIÓN

Para la presente investigación diseñamos un programa de intervención de la conducta agresiva en niños que combina principios del modelo social cognitivo de Lochman y colaboradores y del modelo de intervención de Goldstein & Keller. El mismo consta de dos fases, la primera, dirigida a la evaluación exhaustiva del problema y la segunda, dirigida a intervenir el problema identificado. Ambas fases se explican a continuación.

#### 1.4.1 FASE DE EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

Los procedimientos básicos del programa consisten en evaluar los tres dominios de variables, social cognitivo, proposiciones esquemáticas y distorsiones en las operaciones cognitivas, para determinar qué variables de estos dominios tienen que ver con la conducta agresiva de los sujetos en tratamiento.

Esta etapa del programa se desarrolla en forma individual, mediante la entrevista clínica y le permite al terapeuta obtener toda la información de los sujetos, que luego utilizará en la siguiente etapa del tratamiento.

La entrevista se realiza en forma individual y se centra directamente en torno a la conducta agresiva que será objeto de tratamiento. Se estimula al sujeto a hablar sobre su conducta y sus particulares formas de razonar en relación al por qué de ella. Esto facilita identificar los pensamientos y clasificarlos en alguno de los tres dominios de variables mencionados

En esta fase se debe ser especialmente cuidadoso a fin de no motivar al sujeto a ocultar sus pensamientos o sentimientos si le abordamos mediante preguntas o actitudes que reflejen algún grado de rechazo, crítica o regaño por las situaciones que narra, por ejemplo, cómo golpea a niños menores que él. Lo importante en el proceso es obtener la mayor cantidad de detalles sobre sus sentimientos, pensamientos y creencias respecto a la conducta sobre la cual se va a trabajar.

#### 1.4.2. FASE DE INTERVENCIÓN

La intervención, propiamente dicha, se desarrolla en forma grupal en torno a una mesa de trabajo mientras el grupo de sujetos realiza una actividad como el modelado de masilla. Se avanza de acuerdo al logro de tres objetivos.

El primero, que los sujetos tomen conciencia de su comportamiento agresivo y los pensamientos relacionados a él. En la mesa de trabajo el terapeuta permite que afloren aquellas conductas “problema” aprovechando cada ocasión en que se presente una de ellas para señalársela al sujeto. El terapeuta debe desplegar su habilidad para alentarle a hablar sobre la conducta señalada y a promover al diálogo con el resto de los miembros del grupo.

El segundo objetivo en la intervención, consiste en ayudar al sujeto a modificar su estructura cognitiva introduciendo cambios en el pensamiento relacionado a la conducta problema. Una vez esté plenamente consciente de su conducta agresiva y los pensamientos relacionados a ella, se le estimula a sustituir sus pensamientos por otros mas adecuados. Se dan refuerzos verbales cuando se observan cambios en los esquemas cognitivos o cuando el sujeto manifieste su deseo de cambiar. En este punto, el grupo le sirve como refuerzo ayudándole a escoger nuevos pensamientos y a hacerse consciente de los mismos.



Las nuevas conductas específicas desplegadas como resultado de los nuevos pensamientos son premiadas mediante un programa de reforzamiento, por ejemplo, la economía de fichas. Mediante este sistema los sujetos ganan puntos cada vez que hacen la "conducta nueva" en situaciones en las que ordinariamente actuarían en forma agresiva. Al finalizar la semana, pueden cambiar los puntos acumulados por refuerzos materiales como golosinas, útiles personales o juegos; permisos para realizar actividades o concesiones especiales.

El tercer objetivo en la intervención va dirigido a extender la nueva conducta a otros ambientes fuera del grupo de trabajo. Una vez que haya logrado cambios en la conducta en la mesa de trabajo, se le estimula a aplicar los cambios en otros ambientes como la escuela, el hogar o en la calle. Para este objetivo se puede hacer un "contrato terapéutico", en el cual se establecen las conductas objeto del contrato y los refuerzos que se darán a cambio. Es importante designar a las personas que servirán de "supervisores" para garantizar que las conductas pactadas se cumplan.

El programa está diseñado para trabajar con grupos de hasta diez sujetos, en períodos de dos horas, tres días a la semana durante 8 semanas. Incluye una semana antes y una después del tratamiento, para realizar mediciones de la conducta. La modalidad de trabajo grupal facilita el proceso de cambio ya que cada sujeto opera como "espejo" de la conducta de los otros sujetos del grupo.

## CAPITULO II

### METODOLOGÍA

## CAPÍTULO II METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó en dos fases. La primera consistió en el diseño del programa de tratamiento de la conducta agresiva, el cual se constituiría en nuestra variable independiente durante la segunda fase de la investigación. Para este fin realizamos una extensa revisión bibliográfica sobre la agresión, enfocada desde diversos modelos teóricos. También revisamos algunos modelos de tratamiento enfocados desde la perspectiva Cognitivo-Conductual.

La segunda fase consistió en la selección de los sujetos de estudio, la medición de su condición de agresividad antes y después del tratamiento, la aplicación del programa de tratamiento diseñado y el análisis de los datos obtenidos, mediante los instrumentos de la Estadística Descriptiva. A continuación explicamos como se desarrollaron ambas fases.

### 2.1. DISEÑO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

El primer paso en el diseño del programa de tratamiento fue una revisión de la actualidad mundial en lo relacionado al comportamiento humano en el

contexto social, encontrando que el comportamiento agresivo es frecuente tanto entre adultos como en niños. Es un factor importante en las estadísticas de atención médica en los cuartos de urgencia de nuestros hospitales y centros de salud (Abood, 1999). Por ejemplo, en los casos de violencia intrafamiliar, peleas callejeras y asaltos. También se observa en otras situaciones y ambientes de la vida cotidiana como en las escuelas, transportes colectivos, oficinas y el comercio.

El comportamiento agresivo varía en intensidad, desde las agresiones verbales, donde sólo ocurren cruces de palabras, hasta la violencia física, mediante el uso de armas u objetos para provocar daño a otros o a los objetos. (Berkowitz, 1996). Esta condición justifica el desarrollo de algún programa tendiente a controlar la conducta agresiva.

Luego hicimos una revisión de la teoría de la agresión según diversos autores, material explicado en forma abundante en el Capítulo I y desarrollada en forma sintética líneas abajo. Lo medular sobre el tema es que el comportamiento agresivo es una condición natural en el ser humano que, en cierta dosis, contribuye al desarrollo de su personalidad (Clarizio, 1981). Sin embargo, también consideran que la conducta agresiva se puede convertir en un problema cuando se presenta en forma excepcionalmente severa, recurrente o injustificada.

Es importante señalar algunas recomendaciones sobre el uso del programa, ya que el terapeuta debe considerar si la situación de agresividad

de los sujetos no responde a condiciones del ambiente inmediato que pueden modificarse por otros medios. En algunos casos, la agresividad desaparece una vez son modificadas estas condiciones, por ejemplo, en el caso de niños deprimidos. El programa es mayormente indicado cuando la conducta agresiva es la primera respuesta del sujeto a cualquier situación nueva, cuando es excepcionalmente frecuente o severa o cuando es la característica más importante de su personalidad.

El segundo paso en el diseño del "Programa" fue seleccionar y analizar los fundamentos teóricos basados en el enfoque Cognitivo-Conductual que constituirían el sustento del programa. Veamos a continuación.

#### 2.1.1. SUSTENTO TEÓRICO DEL PROGRAMA

En el modelo Cognitivo-Conductual se conceptualiza la agresión como una "secuencia específica de acontecimientos o pasos encubiertos y observables" que aparecen como consecuencia de alteraciones en los procesos cognitivos del individuo y que desencadenan reacciones conductuales inapropiadas. (Goldstein & Keller, 191991).

Los pasos encubiertos se refieren a procesos internos del individuo tales como la percepción y la interpretación de los estímulos externos que lo llevan a sentir el estímulo como amenazante. Los pasos observables se

refieren a las reacciones fisiológicas y a la conducta que ocurre como consecuencia de estos procesos anteriores.

La percepción de los estímulos externos, aunque es un proceso fisiológico, depende en gran medida de factores culturalmente aprendidos. Los niños agresivos tienden a mantenerse sobre vigilantes hacia señales que consideran hostiles (Lochman, 1981). En tanto, la interpretación de una señal como hostil, depende enteramente del aprendizaje cultural y de experiencias previas. (Bandura, 1976) La conducta agresiva es el resultado final de ambos procesos.

Esta forma de conceptualizar la agresión tiene sus bases en las teorías del aprendizaje social desarrolladas por Rotter y Bandura quienes sostenían que la conducta agresiva se aprende de la observación de modelos agresivos y se incorpora al repertorio conductual del individuo si es fuertemente recompensada por resultar exitosa para resolver situaciones.

La idea central es que la conducta agresiva, al igual que cualquier otra conducta, es el resultado final de la evaluación cognitiva que el individuo hace de los estímulos externos, mientras que la evaluación cognitiva, a su vez, está influenciada por factores de orden cultural

Para facilitar la identificación de los procesos que intervienen en la secuencia del comportamiento agresivo, se han identificado tres dominios

de variables de donde proceden aquellas involucradas en la conducta final.

El primero es el dominio "social cognitivo", que se refiere a los valores y conceptos socialmente aprendidos por el individuo como resultado de su cultura y que influyen en la forma en que interpreta los estímulos externos provenientes de la ambiente. Valores como el status, dominio, poder; el significado de palabras, gestos, actitudes, etcétera. El impulso agresivo aparece cuando el individuo, como resultado de su evaluación cognitiva, concluye que el estímulo es amenazante para sí.

El dominio de "proposiciones esquemáticas" se refiere a patrones de pensamiento desarrollados por el individuo y que le guían en su conducta. Estos patrones son el resultado de la información y experiencia personal adquiridas previamente y, en las personas agresivas, generalmente corresponden a esquemas erróneos sobre cómo enfrentar situaciones.

Usualmente el individuo los expresa mediante frases parecidas a un eslogan o un lema, que refleja su convicción personal sobre cómo manejar el asunto. Por ejemplo "el que pega primero, pega dos veces", "ésta es la ley de la calle, hay que sobrevivir", "el que parpadea pierde", "este mundo es de los fuertes", etcétera. Tal como señala la teoría cognitiva, él actuará de acuerdo a estos patrones.

El dominio "distorsiones en las operaciones cognitivas" se refiere a los errores en las funciones mentales como la memoria y la atención. En niños

agresivos, los errores en estas funciones son frecuentes y tienden a desencadenar reacciones agresivas una vez que el individuo es confrontado con su error

Una característica importante sobre las variables de estos tres dominios, es que el individuo no es consciente de ellas, o al menos, no es consciente de la forma en que se relacionan con su conducta. De esta forma, la intervención de la conducta agresiva desde la perspectiva Cognitivo-Conductual debe centrarse en los pensamientos y percepciones del individuo.

El primer trabajo del terapeuta consiste en identificar en el sujeto qué eventos situacionales interpreta como agresivos, produciéndole de este modo un incremento de la activación, y cuáles son las bases de estas interpretaciones. También debe identificar los esquemas cognitivos que se desarrollaron como medios para resolver situaciones y detectar omisiones o errores en las funciones mentales. Para esta tarea, el instrumento más idóneo es la entrevista clínica.

Luego, debe ayudar al individuo a que tome conciencia de sus percepciones y pensamientos y realice como se relacionan con su conducta. Finalmente, el terapeuta debe trabajar para producir cambios en los esquemas cognitivos que, consecuentemente, se reflejarán al nivel de la conducta. Este objetivo se logra más fácilmente en un ambiente grupal, donde cada sujeto funciona como "espejo" de los otros sujetos.



Esta parte del trabajo se sustenta en el pensamiento de Luria y Vigotsky y los trabajos de Kanfer, quienes resaltaron la importancia del "lenguaje interno" en los procesos de autorregulación de la conducta del individuo y los trabajos de Meichenbaun y Goodman en 1971, desarrollados con niños agresivos.

El lenguaje interno corresponde al dominio "proposiciones esquemáticas" y se refiere a los pensamientos que usualmente se desarrollan precediendo cualquier conducta y que percibimos como si fueran voces internas. Las personas agresivas tienden a presentar dificultades a este nivel.

Por una parte, su repertorio de lenguaje tiende a ser limitado, por ejemplo, no pueden nombrar con facilidad diferentes intensidades del estado de ánimo, sino que lo reducen a uno de los extremos, por ejemplo, alegría o disgusto. Como consecuencia, su conducta se polariza hacia uno de los dos extremos, independientemente de si es congruente con el estado.

Por otro lado, el lenguaje interno tiende a ser de alto contenido hostil lo que facilita que, durante el acto agresivo, el sujeto tienda a omitir el proceso cognitivo que media entre la percepción e interpretación del estímulo y la conducta. El sujeto pasa directamente del impulso al acto. (Bornes y Servera, 1998)

Esta parte del tratamiento es crucial y consiste en ayudarle a desarrollar este proceso mediador, a través del desarrollo del lenguaje interno. Al trabajar en un ambiente de grupo, el terapeuta puede facilitar el proceso ayudando a los sujetos a realizar diferentes efectos y sentimientos y el modo en que se relacionen con su conducta.

### 2.1.2. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA. LA EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

La intervención de la conducta agresiva con este programa se debe realizar en dos etapas, la evaluación del comportamiento agresivo y la intervención propiamente dicha. El objetivo de la etapa de evaluación es identificar las variables de los diferentes dominios que explican la conducta del sujeto. Esto nos permite planificar los contenidos y acciones del tratamiento que se desarrollará en sesiones de trabajo posteriores. Es un proceso que se desarrolla en forma individual.

- El método más idóneo para evaluar el comportamiento agresivo es la entrevista clínica. Este instrumento nos permite explorar los tres dominios e identificar las variables que están presentes en el individuo. El procedimiento de entrevista consiste en abordar directamente la situación del comportamiento agresivo del sujeto a través del interrogatorio. La información personal y la historia del sujeto deberán recopilarse por separado en otra sesión destinada a ese fin.

- Durante la entrevista, el sujeto va presentando situaciones y la tarea del terapeuta es asegurarse de clasificarlas dentro de uno de los tres dominios de variables. Por ejemplo, aquellas situaciones que el sujeto interpreta como amenazantes y que elevan su nivel de activación, los pensamientos que subyacen a estas situaciones y los valores culturales a través de los cuales percibe, evalúa e interpretan los estímulos. El terapeuta debe preguntar directamente qué cuestiones le molestan o le hacen perder el control y tornarse agresivo. ¿Por qué golpeas a otros niños? ¿Por qué tiras piedras a tu maestro? etc.
- También debe prestar atención a las frases o expresiones lingüísticas a través de las que refleja sus convicciones personales sobre cómo manejar una situación, los esquemas o patrones de pensamiento y las rutinas de comportamiento del sujeto en las situaciones valoradas como amenazantes. Estas corresponden al dominio "proposiciones esquemáticas". Los sujetos dirían frases como "negociar es de tontos", "aquí es la ley del más fuerte", "el que pega primero, pega dos veces", "el que pega más se le respeta más", etcétera. Estas expresiones refleja su modo particular de resolver las situaciones valoradas como amenazantes y, obviamente, es la guía de su conducta.
- Durante la entrevista, el terapeuta también debe observar si ocurren errores en las funciones como la memoria y la atención y como el sujeto

responde a ellas. Usualmente las personas agresivas se muestran irritables al darse cuenta de estos errores.

- Al finalizar la fase de evaluación del comportamiento agresivo, el terapeuta debe tener una idea bien clara de las variables involucradas en la conducta agresiva del sujeto, además de haber identificado cuál es el comportamiento "problema" sobre el cual se va a empezar a trabajar.
- La definición de la conducta problema debe ser el bien específica. Por ejemplo, en vez de describir la conducta problema como "pelear frecuentemente" se puede describir como "golpear con los puños", "patear", "insultar", "romper objetos," etc. También puede establecerse una lista de conductas específicas en orden de importancia para trabajar sobre ellas en ese mismo orden. En este proceso debe involucrarse al sujeto.
- Como una actividad complementaria, el terapeuta debe realizar mediciones de la conducta problema antes de iniciar el tratamiento. Esto le permite tener una referencia o línea base para determinar los cambios después del tratamiento. También, le ayuda a obtener una descripción más exacta de la conducta, por ejemplo, al medir la frecuencia diaria o semanal.

### 2.1.3. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA. INTERVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

Luego de la evaluación de la conducta agresiva, el terapeuta utiliza la información recopilada en las entrevistas individuales para guiar los cambios en los esquemas cognitivos de los sujetos. Este trabajo se desarrolla en forma grupal, con grupos de hasta diez sujetos, estableciendo una frecuencia de reuniones de tres veces por semana durante seis semanas. La duración de la sesión es de dos horas. El terapeuta deberá estar seguro de dominar la información de cada sujeto.

Para mantener el interés del grupo en cuanto a la asistencia, las sesiones de trabajo deben desarrollarse con una actividad paralela como el modelado con masilla, en un ambiente tranquilo y privado. Se debe establecer un reglamento o, por lo menos, un listado de conductas no permitidas durante las sesiones. Cada sujeto va estableciendo el ritmo de avance del tratamiento de acuerdo al logro de ciertos objetivos, aun cuando el tratamiento es grupal.

El primer objetivo terapéutico es ayudar a los sujetos a tomar conciencia de sus comportamientos agresivos. Mientras elaboran figuras o juegan con la masilla, el terapeuta dejará que surjan espontáneamente las conductas problemáticas, momento que aprovechará para señalar al sujeto que la conducta ocurrió. Luego hará preguntas acerca de si se había percatado de la misma y si puede identificar que estaba pensando en ese

momento. El terapeuta ya conoce esta información, la cual obtuvo durante la evaluación individual, por tanto esta en capacidad de guiar la atención del sujeto hacia respuestas esperadas o desviarla cuando se dirige a direcciones no esperadas.

En el logro de este objetivo, el terapeuta no debe ser insistente ni coercitivo. Si el sujeto se muestra reacio a responder o agresivo, debe abandonar el intento hasta otra oportunidad o abordar a otro sujeto del grupo. Si obtiene éxito en el intento, debe mantener la conversación el máximo tiempo posible e incluir a los demás sujetos del grupo en la conversación, alentándolos a opinar. Este proceso se debe repetir una y otra vez cada sesión hasta que el terapeuta considere que ha logrado su objetivo.

Si los individuos no evolucionan al mismo ritmo, puede empezar a introducir actividades de la siguiente frase con los sujetos que han logrado el primer objetivo. El terapeuta también puede incluir comentarios o temas de conversación que promuevan el debate sobre temas como los valores, las normas, etcétera. En el caso de agresiones físicas durante las sesiones, el terapeuta sólo deberá intervenir si hay riesgo físico. En los demás casos, deberá aprovechar la situación para incluirla como tema de debate.

El segundo objetivo terapéutico es ayudar a los sujetos a cambiar los esquemas cognitivos relacionados a sus conductas problema. La acción

del terapeuta consiste en dar prioridad como tema de conversación, a las explicaciones que dan los sujetos acerca de por qué hacen la conducta problema. El tema se trae a conversación en forma espontánea , cuando ocurra una conducta agresiva y el sujeto explique por qué la hizo. El terapeuta también puede aprovechar cualquier situación para introducir el tema sutilmente. Luego, les pide a ellos mismos o al grupo que surgieran otros modos de pensar como alternativa y los alienta a ponerlos en práctica.

En el logro de este objetivo el terapeuta tampoco debe ser coercitivo ni insistente. Igual que en el objetivo anterior, si el sujeto responde favorablemente en la dirección esperada, debe alentarlos a continuar. Si no, debe abandonar el intento y dirigirse a otro sujeto del grupo. Es importante que limite sus intervenciones, dejando recaer la mayor parte de la responsabilidad sobre el propio sujeto o el grupo. De igual modo, el terapeuta tratará que los sujetos se comprometan, al menos, a ensayar nuevos modos de pensar. Cuando estos se reflejen a través de la conducta observable o en las actitudes del sujeto, deberá reforzarlas mediante elogios, hablando de la situación en el grupo.

El siguiente objetivo terapéutico es extender la conducta nueva hacia otros ambientes, fuera del grupo de trabajo. Para iniciar, lanzará al grupo la idea de hacer contratos en el que se comprometen a realizar la conducta

nueva, en ambientes fuera del grupo de trabajo como la escuela, el hogar, etcétera, y evitar incurrir en la conducta antigua.

El terapeuta dará inicio con aquellos sujetos interesados, obviamente dándole prioridad a los que han logrado los objetivos anteriores. Cada sujeto interesado será quien señale qué conducta específica se está comprometiendo a no hacer. Se espera que incluya la conducta problema. Luego, negociará los términos del acuerdo con reforzadores, incentivos, etcétera. Estos términos se harán por escrito, utilizando un programa de economía de fichas o uno similar.

El trato debe negociarse delante del grupo, sugiriendo que lo de más también opinen. El terapeuta deberá asegurarse de que haya congruencia entre las conductas y los reforzadores negociados. También buscará los medios adecuados para verificar que el sujeto está cumpliendo el compromiso. Es importante incluir a terceras personas como testigos del contrato, preferiblemente personas que estén al tanto de la conducta del niño como maestros, padres, etcétera.

Antes de iniciar el contrato, el terapeuta ilustrará a las personas a cargo del niño sobre la o las conductas que deben supervisar y como deben manejar la situación. Al inicio no se debe ser demasiado estricto, pudiendo pasar por alto algunas pequeñas fallas. Es especialmente importante mantener una comunicación más de cerca con los sujetos involucrados.



El tratamiento termina después de la sexta semana. Finalizado, debe hacerse una nueva medición de la conducta problema para evaluar los cambios. El terapeuta considerará si se alcanzaron los objetivos. Igualmente determinará si es necesario comenzar el tratamiento o continuar el tratamiento con otra conducta.

## 2.2. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez diseñado el "programa de tratamiento procedimos a la realización de nuestra investigación la cual es de tipo cuasi-experimental, de corte longitudinal con una duración de 8 semanas. Se define como "cuantitativa" puesto que se hicieron mediciones objetivas de la conducta que luego fueron analizadas con diferentes instrumentos de la Estadística Descriptiva.

También se define como "cualitativa" porque algunos aspectos de la variable dependiente, como los pensamientos que subyacen a la conducta agresiva problema fueron identificados y analizados con herramientas mas subjetivas como la entrevista clínica y la observación no estructurada. El estudio es de nivel micro, restringido a una población pequeña.

### 2.2.1. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar si un programa de tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual es efectivo en el control de la conducta agresiva en niños tratados institucionalmente.

### 2.2.2. HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Un programa de tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual es eficaz en el control de la conducta agresiva en niños tratados institucionalmente.

### 2.2.3. VARIABLE INDEPENDIENTE

El Programa de Tratamiento de la Conducta agresiva diseñado en la primera etapa.

### 2.2.4. VARIABLE DEPENDIENTE

La conducta agresiva o conducta "problema" identificada en los sujetos en estudio.

### 2.2.5 POBLACIÓN EN ESTUDIO

Para la presente investigación, se tomó como universo, la población de 84 niños residentes en La Ciudad del Niño, un hogar sustituto ubicado a un costado de la Autopista, cerca al Hospital Nicolás Solano, en el Distrito de La Chorrera. Su población está constituida por varones desde 6 años hasta 17 años, los cuales han sido asignados a ese lugar ya sea porque han perdido a sus padres; por incapacidad económica, psicológica o física de los progenitores para su crianza adecuada o por orden de autoridad competente cuando se trata de problemas legales de guarda y crianza.

### 2.2.6. SUJETOS

De esta población de 84 niños se hizo una primera selección de todos los niños que presentaban problemas de agresividad. Para calificar esta condición se tomaron como referencia los reportes de conducta del niño en el Centro los cuales reposan en el expediente de cada uno, las evaluaciones psicológicas y sociales hechas por el personal del Centro y los reportes de conducta enviados por la maestra de grado. Esta preselección dio un resultado de 13 niños con problemas de agresividad, de los cuales se escogieron aquéllos que tenían reportes negativos en las

tres instancias evaluadas. Esto dio una cantidad de 8 niños los cuales fueron escogidos en su totalidad para el estudio.

Cuadro 2.1 Sujetos con reportes negativos según área evaluada

Condición	Cantidad
Reporte en el expediente	9 niños
Reporte en la Escuela	13 niños
Reporte de la Psicóloga	8 niños

## 2.2.7. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

### Sujeto 1

Varón, menor de 11 años, nació el 11 de febrero de 1988, es el mayor de 3 hermanos y reside en la comunidad. Ingresó al centro a los 9 años, remitido por el Juzgado de Menores debido a que su padre fue deportado y su madre no lo podía mantener ni atender adecuadamente. Hay historia familiar de maltrato del padre hacia su esposa e hijos, delante de los cuales consumía marihuana y agredía a la mamá. Asiste al VI grado de primaria y su desempeño académico es regular. Está en tratamiento psicofarmacológico desde su ingreso al centro por el diagnóstico de "Hiperactividad", por lo cual toma 1/2 tableta de Ritalín 2 veces al día.

El psicólogo de la institución señala en su evaluación que la agresividad es la característica principal de su personalidad, de acuerdo a

los resultados del test de Machover y el CAT. También se observan 5 reportes de peleas en la escuela por lo que está bajo condición además de reportes de la Directora del Centro y la Trabajadora Social por agresión verbal y lanzar objetos para agredir al personal en reiteradas ocasiones. Su condición física es normal en este momento aunque hubo desnutrición moderada a su ingreso. Es de baja estatura y de aspecto vivaz.

#### Sujeto 2

Varón, menor de 11 años, nació el 14 de octubre de 1988. Es el menor de 3 hermanos y reside en la comunidad de La Chorrera. Ingresó al centro a los 7 años por recomendación de la Trabajadora Social quien conocía la situación precaria de la familia. Al momento del ingreso, deambulaba por las calles hasta altas horas de la noche vendiendo bollos para ayudar a su familia. Recibió maltrato físico de parte de su padrastro, la mamá no intervenía en esa situación. El psicólogo de la institución señala en su evaluación que la depresión y la agresividad son las características principales de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover y el CAT

En su expediente se observan reportes de agresión física a otros niños del centro y en la escuela, acompañados de episodios de descontrol e ira intensa con manifestaciones físicas semejantes a convulsiones. Está bajo tratamiento psicofarmacológico según prescripción del paidopsiquiatra, por

el diagnóstico de "Déficit de Atención e Hiperactividad". Su desempeño académico es regular. Su condición física es normal en este momento. Es de estatura normal para su edad y de aspecto reservado.

### Sujeto 3

Varón, menor de 11 años, nació el 3 de febrero de 1988, es el mayor de 3 hermanos y procede de una zona montañosa de Veraguas. Ingresó al centro a los 9 años, recomendado por la Trabajadora Social. No conoce a su padre, la mamá es empleada doméstica y al momento del ingreso no tenía quien lo cuidara por lo que permanecía fuera de la casa, deambulando por el pueblo.

El psicólogo de la Institución señala en su evaluación que la agresividad es la característica principal de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover y el CAT, así como la entrevista clínica. Se observan reportes de peleas frecuentes en la escuela por lo que está bajo condición además de reportes de la Directora del Centro y la Trabajadora Social por agresión física a niños mas pequeños que él. Sin embargo, lo describen como un niño colaborador y muy estudioso. Su desempeño académico es excelente, aunque fue reubicado de escuela por las constantes peleas con sus compañeros menores.

Su condición física es normal en este momento, de aspecto fuerte y vivaz. Está en tratamiento psicofarmacológico desde su ingreso por

diagnóstico de "Hiperactividad", por lo cual consume dos tabletas de Ritalín al día.

#### Sujeto 4

Varón, menor de 10 años, nació el 13 de noviembre de 1988, es el mayor de 6 hermanos y procede de Veraguas, referido por la Trabajadora Social. Ingresó al centro a los 10 años, por condición de extrema pobreza. Vivía con su madre quien es ama de casa y su padrastro, de avanzada edad.

El psicólogo de la institución señala en su evaluación que la depresión y la agresividad son las características principales de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover y el CAT, además de la entrevista clínica. Los reportes de conducta señalan frecuentes explosiones de ira durante las cuales agrede con objetos a cualquiera que esté a su alrededor y a veces intenta hacerse daño a sí mismo.

Su condición física es normal en este momento. Es blanco, corpulento, muy reservado. Su desempeño académico es deficiente. Está en tratamiento psicofarmacológico por "depresión".

#### Sujeto 5

Varón, menor de 10 años, nació el 25 de agosto de 1989, es el tercero de 4 hermanos. Procede de San Miguelito, referido por la Trabajadora

Social Ingresó al centro a los 8 años, remitido por el Juzgado de Menores para custodia. Fue abandonado por su madre, quedando bajo el cuidado de una hermana de 23 años que se dedica a la prostitución y venta de drogas. También lo atendía su abuela paterna. No se relaciona con su padre.

El psicólogo de la institución señala en su evaluación que la depresión y agresividad son las características principales de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover, el CAT y la entrevista clínica. Lo describen como un niño callado, irritable, que reacciona agresivamente cuando se siente presionado. Se observan reportes de peleas en la escuela, donde agrede a niños menores que él.

Su condición física es normal en este momento. Es alto, delgado, trigüero y su aspecto es apagado. Estuvo bajo medicación por depresión durante 4 meses hasta que se rehusó a seguir tomando el medicamento, hace 3 meses. Su desempeño académico es variable.

#### Sujeto 6

Varón, menor de 10 años, nació el 22 de octubre de 1989, es hijo único. Procede de Cerro Batea, su padre falleció de un disparo en una balacera, no conoce a su madre. Ingresó al centro a los 9 años, remitido por la Trabajadora Social. Asiste al V grado de primaria y su desempeño académico es regular. No está en tratamiento psicofarmacológico.



El psicólogo de la institución señala en su evaluación que la agresividad es la característica principal de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover, el CAT y la entrevista clínica. Se observan reportes de agresión física a niños del centro y de la escuela por lo que está bajo condición. También hay reportes de la Directora del Centro y la Trabajadora Social por agresión verbal al personal. Lo describen como un niño dominante que actúa agresivamente cuando no se le conceden sus peticiones. Su condición física es normal, es bajo, delgado, trigueño. Su aspecto es vivaz, decidido y muy comunicativo.

#### Sujeto 7

Varón, menor de 9 años, nació el 13 de diciembre de 1990, es el menor de 5 hermanos pero no se crió con ellos. Procede de Colón, su padre falleció en un accidente, no conoce a su madre. Se crió con la abuela paterna. Ingresó al centro a los 7 años, remitido por la Trabajadora Social. Asiste al IV grado de primaria y su desempeño académico es regular. Está en tratamiento psicofarmacológico por el diagnóstico de "Hiperactividad"

El psicólogo de la Institución señala en su evaluación que la agresividad es la característica principal de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover, el CAT y la entrevista clínica. Se observan reportes de agresión verbal contra el personal del centro y episodios de ira y descontrol acompañados de conductas como lanzar

objetos contra las personas. Después de los episodios, el niño cae en un estado de letargo y dice no recordar lo que pasó. Lo describen como un niño inmaduro, solitario, que actúa agresivamente cuando no se le conceden sus peticiones. Su condición física es normal, es mediano, delgado, trigueño. Su aspecto es vivaz y decidido.

#### Sujeto 8

Varón, menor de 9 años, nació el 2 de abril de 1990, es el menor de 2 hermanos. Procede de Coclé, del área urbana. No conoce a su padre quien abandonó a la mamá cuando estaba embarazada de él. Se crió con la abuela materna ya que la mamá trabaja la mayor parte del día. Ingresó al centro a los 7 años, remitido por la Trabajadora Social, en vista de que no recibía atención adecuada de la abuela y deambulaba casi todo el día por el pueblo.

Asiste al IV grado de primaria y su desempeño académico es regular. Está en tratamiento psicofarmacológico por el diagnóstico de "Déficit de atención". El psicólogo de la institución señala en su evaluación que la depresión y la agresividad son las características principales de su personalidad, de acuerdo a los resultados del test de Machover, el CAT y la entrevista clínica. Se observan reportes de agresión física contra objetos y episodios de ira y descontrol. Lo describe como un niño inmaduro, solitario, retraído, que actúa agresivamente cuando no logra lo

que quiere hacer. Su condición física es precaria ya que estaba desnutrido a su ingreso al centro. Es de mediana estatura, delgado, blanco Su expresión es de tristeza.

Cuadro 2.2 Resumen de características de los niños de la muestra

No	Edad	Situación social	Características de personalidad	Diagnósticos	Medicación
1	11	Bajo custodia por maltrato y atención deficiente en el hogar.	Agresivo, peleador frecuente en la escuela y el centro	Hiperactividad	Si
2	11	Bajo custodia por maltrato físico y atención deficiente en el hogar.	Agresivo, no puede controlar la ira.	Hiperactividad con Déficit de Atención	Si
3	11	Bajo custodia por extrema pobreza.	Agresivo, golpea a niños menores que él.	Hiperactividad.	Si
4	10	Bajo custodia por extrema pobreza.	Agresivo, episodios de ira, agrede con objetos.	Depresión	Si
5	10	Bajo custodia por abandono	Agresivo cuando se siente presionado, irritable, callado.	Depresión	No
6	10	Bajo custodia por no tener quien lo cuide.	Agresivo, dominante.	No hay	No
7	9	Bajo custodia por no tener quien lo cuide.	Agresivo, episodios de ira y descontrol.	Hiperactividad	Si
8	9	Bajo custodia por abandono.	Agresivo, retraído, episodios de ira y descontrol	Déficit de atención.	Si

## 2.2.8. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

La hipótesis nula corresponde a:  $H_0: \overline{X}_2 = \overline{X}_1$

La media de las frecuencias observadas después del tratamiento, es igual a las medias de las frecuencias observadas antes del tratamiento.

La hipótesis alterna corresponde a:  $H_1: \overline{X}_2 < \overline{X}_1$

La media de las frecuencias observadas después del tratamiento, es inferior a la media de las frecuencias observadas antes del tratamiento.

## 2.2.9 PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionados los sujetos, se entrevistó a la Trabajadora Social, a la Psicóloga, a la Monitora, a la Directora del centro y al maestro de escuela para obtener mayor información acerca de la conducta agresiva de mayor relevancia, o "conducta problema". En el siguiente cuadro se refleja cuales fueron las conductas problema identificadas para cada niño

Cuadro 2.3. Conductas agresivas problema" identificadas para cada sujeto

Sujeto	Conducta agresiva problema
1	Golpear a otros niños en la escuela o en el centro
2	Golpear a otras personas durante episodios de descontrol e ira intensa
3	Golpear a niños menores que él
4	Lanzar objetos a las personas durante episodios de ira intensa
5	Insultar al personal
6	Golpear a otros niños cuando desea conseguir algo
7	Lanzar objetos a las personas cuando no se le conceden sus peticiones
8	Destruir objetos cuando no se le conceden sus peticiones

Una vez determinada la "conducta problema", se procedió a la evaluación inicial de los niños con el fin de identificar las variables o pensamientos de los dominios "productos social cognitivos",

"proposiciones esquemáticas" y "distorsiones en las operaciones cognitivas", relacionadas a la conducta agresiva problema. Se realizó una entrevista individual a cada uno ya que de acuerdo a la teoría, la entrevista clínica es el método mas idóneo para identificar estas variables

En esta entrevista se abordó directamente el tema de la agresividad, obviando otros datos que ya habían sido recopilados mediante la revisión del expediente de cada niño. En cada caso, se hizo una breve introducción informando al niño que teníamos conocimiento del problema y que nuestro objetivo no era censurarlo sino obtener mayor información de la situación. Luego le pedíamos que nos narrara cómo ocurría esa situación y qué sentía él en el momento que le ocurriera.

En todos los casos, la reacción inicial fue la de defensa culpando a otros del problema. Sin embargo, se les alentaba a seguir hablando evitando la censura o corregirlos por la conducta de la que se estaba tratando. Luego de un breve período de adaptación, se sentían en confianza y hablaban abiertamente del tema. Algunos, incluso, se sentían orgullosos de describir cómo realizaban la conducta problema y qué sentimientos le producía. Cada entrevista tomó unas dos horas como promedio y mientras el niño hablaba se iban identificando los pensamientos relacionados a la "conducta problema". Luego se clasificaron según los diferentes dominios de variables. En el siguiente

cuadro se presentan los pensamientos identificados en cada dominio de variables para cada sujeto.

**Cuadro 2.4** Pensamientos identificados durante la primera entrevista, antes del tratamiento

<b>No.</b>	<b>Dominio "Productos social cognitivos"</b>	<b>Dominio "proposiciones esquemáticas"</b>	<b>Dominio "operaciones cognitivas"</b>
1	Las gente siempre se burla de mí	Puño pa' que me respeten	No puede mantener la atención en una sola actividad
2	Todos están contra mí	Alguno la tiene que pagar	No puede mantener la atención en una sola actividad
3	Esos "pelaitos" cabrean	Que ellos sufran como uno también	No se observan
4	Nada me interesa, no tengo nada que perder	Ellos tienen la culpa	Fallas en la memoria a corto plazo
5	La vida es bien dura con uno	Hay que gritar para conseguir	Fallas en la atención
6	Las cosas son para mí primero	Duro con todo el mundo	No se observan
7	Le quieren quitar todo a uno	Hay que hacerse el malo para sobrevivir	Fallas en la memoria a corto plazo Fallas en la atención
8	Está duro vivir con la gente	Si no es para mí, no es para nadie.	Fallas en la atención

Después de la entrevista, se reunió al grupo de niños y se les explicó el trabajo que se iba a realizar con ellos que consistía en reunirlos tres veces por semana los lunes, miércoles y viernes de 3:00 p.m. a 5:00 p.m., para aprender a trabajar con masilla y a la vez hablar sobre el comportamiento agresivo que mantenían. Se consideró que no era necesario explicarles cómo esto iba a ayudarlos a cambiar.

Es importante señalar que en ese momento, los niños eran conscientes de la percepción que tenían de ellos en el centro y en la escuela, como niños problemáticos y utilizaban esta imagen para someter a otros. Consecuentemente, no estaban muy dispuestos a "colaborar" con el psicólogo porque se sentían bien así. Sin embargo, el interés por la masilla puso en segundo plano esa resistencia.

En esa misma reunión se les pidió que establecieran algunas reglas para el funcionamiento del grupo durante las sesiones de trabajo, además de que se comprometieran a cumplirlas. Las normas establecidas fueron las siguientes:

- a. Llegar puntualmente a las reuniones
- b. Llamar a cada compañero por su nombre
- c. No usar lenguaje vulgar
- d. Cuidar el material y equipo de trabajo
- e. Mantener limpio el local

#### 2.2.9.1. MEDICIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE. PRE-TEST

La medición de la variable dependiente, la "conducta problema", se hizo durante una semana, antes de aplicar el tratamiento, mediante un registro observacional realizado por el mismo niño y otros tres observadores externos. Para este efecto, se entregó a cada niño un

formato de autorregistro diario (Ver anexos), para que marcara con un gancho en una casilla cada vez que ocurría la conducta identificada y la hora aproximada de ocurrencia. El lo utilizaría durante el tiempo de vigilia, aproximadamente 15 horas. Este mismo formato se le entregó a la monitora, al maestro de grado y al asistente del experimentador. Cada uno llevaría un registro independiente de la conducta identificada de cada niño durante el período del día en que estuviera a cargo de él. Aproximadamente 6 horas para el maestro de grado, 7 horas para la Monitora y 2 horas para el experimentador. En el cuadro siguiente se muestran las frecuencias de la conducta problema para cada niño.

Cuadro 2.5. Frecuencia de la conducta problema antes del tratamiento

No	Lun	Mar	Miérc	Juev	Vier	Sáb	Dom	Total
1	13	9	18	14	24	7	8	93
2	7	9	5	11	10	8	8	58
3	22	17	21	24	13	17	19	133
4	3	4	7	2	6	3	2	27
5	4	6	5	6	4	7	3	35
6	13	18	12	11	13	15	14	131
7	2	3	2	5	4	2	2	20
8	4	4	3	5	4	5	3	28

La información recopilada mediante estos registros serviría para establecer una línea base conductual. La idea de mantener tres observadores externos era para controlar la veracidad en las anotaciones realizadas por el niño. Curiosamente, éstos se tomaron muy en serio la anotación de sus conductas encontrando pocas



variaciones entre el autorregistro y lo observado por las otras personas por lo que se tomó como base las frecuencias anotadas por los sujetos.

Para evitar confusiones entre qué conductas se debían anotar o no, se le entregó a cada niño y a cada observador una lista de conductas específicas (Ver anexos) que, en conjunto, constituían la conducta problema identificada y eran las que servían de referencia para las anotaciones.

Para efectos de la medición de la variable dependiente por parte del experimentador, la primera semana se trabajó con los niños todos los días de 3:00 p.m. a 5:00 p.m. de lunes a domingo. El procedimiento de trabajo consistió en reunirlos en torno a una mesa de 9 puestos y entregarles al principio de la sesión, una pelota de masilla para que se repartieran en partes iguales.

Luego procederían a hacer figuras a su gusto, o siguiendo algunas demostraciones de modelado que realizaba el experimentador, tratando de intervenir lo menos posible en el trabajo. El objetivo de las sesiones era únicamente para la observación y registro de las conductas identificadas. Al finalizar la sesión, se recogía el material y se organizaba en cajas para guardarlo hasta el día siguiente. El asistente del experimentador permanecía fuera del grupo, únicamente haciendo los registros de conducta.

Concluida la semana de trabajo, se cotejaron las hojas de autorregistro de los sujetos con la de los otros observadores, encontrando pocas diferencias entre los registros del niño y los del experimentador. Se tomó como información para la línea base conductual, los datos registrados por el niño

#### 2.2.9.2. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

El programa de tratamiento se aplicó durante 6 semanas, con una frecuencia de tres días por semana, los lunes miércoles y viernes, de 3:00 p.m. a 5:00 p.m. Se iba desarrollando mientras los niños "jugaban" o "aprendían" a modelar con masilla, trabajando en la misma mesa de la semana anterior.

Para el primer objetivo, "tomar conciencia de la conducta problema", básicamente, se tomó como tema de conversación, las conductas "problema" que iban ocurriendo en forma espontánea durante la sesión de trabajo. La dinámica era señalarle al niño que la conducta había ocurrido para que tomara conciencia de ello

Para el segundo objetivo, "cambiar los esquemas cognitivos" se le preguntaba al niño sobre los pensamientos que tenía en mente al momento de ocurrir la conducta problema. De acuerdo a lo que él

manifestara, se le pedía a los otros niños del grupo que opinaran al respecto y se promovía un intercambio de ideas entre todo el grupo.

El experimentador actuaba como moderador, promoviendo aquellas ideas que fueran en la dirección esperada, es decir, acercándose a identificar los pensamientos de los diferentes dominios, detectados en la entrevista individual y que ya el experimentador conocía. De esta manera, se le ayudaba al niño a identificar los verdaderos pensamientos subyacentes a la "conducta problema". Por otro lado, el experimentador desviaba la atención del grupo de aquellas ideas que no ayudaran al niño en la dirección esperada.

Una vez que el niño "descubría" los verdaderos pensamientos subyacentes a la conducta problema, es decir, aquellos que coincidían con lo detectado en la entrevista, se le pedía que identificara nuevos pensamientos para sustituir los "pensamientos problema". Cabe señalar que en las primeras sesiones, este proceso se repetía muchas veces, con el mismo niño o con niños diferentes debido que no se había logrado el "clima" adecuado. Como no tenían conocimiento del sentido de esta segunda fase, generalmente daban respuestas de contenido jocoso, de burla o por salir del paso.

Luego, durante la sesión, se identificaban las actuaciones del niño en la dirección esperada y se le pedía que identificara en voz alta el

nuevo pensamiento asociado a su actuación. Cada vez que esto ocurría, se administraba un refuerzo verbal y un refuerzo material.

Para el tercer objetivo del tratamiento consistente en extender la nueva conducta fuera del ámbito de trabajo, es decir, a la escuela y a la "casita", se entrenó al monitor y a la maestra de grado para que reforzaran verbalmente al niño por cada jornada en la que no mostrara la conducta problema. Adicional, ambos firmaban un cuaderno al final del día, que significaba para el niño un punto por cada firma.

Para el reforzamiento material se utilizó un sistema de economía de fichas, en el cual se le otorgaba una punto por cada actuación en la dirección esperada en los lugares fuera del ámbito de trabajo. Cada viernes, el niño tenía la oportunidad de cambiar sus puntajes por artículos acordados o por derecho a realizar ciertas actividades adicionales.

#### 2.2.9.3. MEDICIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE POST-TEST

La última fase de la investigación sobre la efectividad del programa de tratamiento fue la realización de el post-test o medición de la conducta problema. Para tal efecto se realizó una nueva entrevista individual para verificar si habían ocurrido cambios en los pensamientos de los diferentes dominios, identificados originalmente.

Al igual que en la primera entrevista, se abordó el tema de la conducta agresiva, que en la mayoría de los casos ya no se presentaba, procediendo los sujetos a explicar por qué habían cambiado y a hablar abiertamente sobre su nueva "mentalidad" después de haber trabajado en la mesa durante las 6 semanas.

En el cuadro siguiente se reflejan los pensamientos nuevos identificados para cada dominio en cada sujeto

Cuadro 2.6 Pensamientos identificados durante la segunda entrevista, después del tratamiento

No.	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
1	No todo tiene que ver conmigo Esa es su opinión	Meterme mas en lo mío	Puede mantenerse mas tiempo trabajando en una sola actividad
2	La gente tiene que hacer las cosas como son	Los adultos me quieren ayudar	Puede mantener la atención mas tiempo en una sola actividad
3	Yo soy mas fuerte que ellos Tal vez yo tengo problema	Pobrecitos, ellos no tienen la culpa	No se observan
4	Hablando uno consigue mucho	Hablar primero que actuar	Sigue teniendo fallas en la memoria a corto plazo
5	No todo es difícil	Hablando parezco mejor persona	Sigue manteniendo fallas en la atención
6	Las cosas son para mi primero	Cuando es necesario, hay que ser duro	No se observan
7	Cada cual defiende lo suyo	Si no puedo, busco ayuda	Fallas en la atención
8	No todo el mundo es malo	No te dejes descontrolar	Fallas en la atención

Adicional a la entrevista, se entregó el formato de registro a cada niño y a los tres observadores externos. La observación se hizo en

condiciones similares a la primera vez, durante una semana. En la mesa, las sesiones de trabajo fueron continuas, de lunes a domingo y la intervención del experimentador se limitó a entregar el material de trabajo. Igualmente, el asistente del experimentador permaneció fuera del grupo, registrando los comportamientos. En el siguiente cuadro se reflejan las frecuencias de la conducta problema registradas

Cuadro 2.7 Frecuencia de la conducta problema después del tratamiento

No	Lun	Mar	Miérc	Juev	Vier	Sáb	Dom	Totales
1	1	0	0	1	0	0	0	2
2	0	0	1	1	0	0	0	2
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	1	0	0	0	1
5	1	2	0	0	1	0	0	4
6	1	1	2	1	0	1	0	6
7	0	0	0	1	0	0	0	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0

La fase final de la investigación fue la presentación y análisis de los resultados, material que presentamos en el siguiente capítulo.

## CAPITULO III

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### CAPÍTULO III PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La primera fase de nuestro trabajo se orientó al diseño de un programa de tratamiento de la conducta agresiva basado en el enfoque Cognitivo Conductual. Se obtuvo un producto final consistente en un programa de dos etapas que, desde nuestro punto de vista, cumple con los requisitos metodológicos y una adecuada fundamentación teórica. Como una iniciativa nuestra, incluimos una copia del programa editado en formato de libro, con la finalidad de obsequiarlo a la Institución Ciudad del Niño o cualquier institución interesada, en caso de que el mismo sea aprobado por haber cumplido con los requerimientos científicos que conlleva nuestra investigación.

En cuanto a la segunda fase de nuestro trabajo, orientada a comprobar si el programa de tratamiento diseñado es efectivo en el control de la conducta agresiva en niños, el mismo fue aplicado a los 8 sujetos experimentales y a continuación haremos el análisis de los resultados desde varias perspectivas. En primer lugar abordaremos el tema de los cambios cognitivos.



### 3.1 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS CAMBIOS EN LOS ESQUEMAS COGNITIVOS DE LOS SUJETOS

Como señala la teoría, para que haya un cambio conductual debe haber previamente un cambio en los esquemas cognitivos. No es fácil “medir” un esquema cognitivo de la misma forma que no es fácil “medir” un cambio en un esquema cognitivo. Sin embargo, la entrevista clínica resultó un instrumento eficaz con el cual realizamos una investigación cualitativa de los pensamientos que presentaron los sujetos tanto antes como después de la intervención.

Las construcciones lingüísticas que emplearon los sujetos para describir sus pensamientos no son solamente palabras organizadas en forma de una oración, sino las palabras mas representativas de sus pensamientos que emplearon a lo largo de ambas entrevistas. Contestaron de la misma manera una y otra vez a la misma pregunta hecha de diferentes formas. Cada palabra fue explicada, ejemplificada y experienciada por los sujetos. En este sentido, tratamos de asegurarnos de haber entendido bien el significado que el sujeto le dio a cada término.

Cabe resaltar el hecho de que en la primera entrevista, muchos de los niños tuvieron dificultad en el uso de términos, teniendo que preguntarles una y otra vez, a qué se estaba refiriendo o que pusiera un ejemplo de lo que estaba tratando de describir. Esto fue especialmente visible cuando se trataba de

describir estados o emociones. Por el contrario, este aspecto fue menos difícil en la segunda entrevista.

Considerado el punto anterior, pasaremos a mostrar cuales fueron los esquemas cognitivos identificados en los sujetos antes del tratamiento y cómo estos variaron después del tratamiento.

Cuadro 3.1 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 1

Sujeto No.1	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	Las gente siempre se burla de mí	Puño pa' que me respeten	No puede mantener la atención en una sola actividad
Después	No todo tiene que ver conmigo Esa es su opinión	Meterme mas en lo mío	Puede mantenerse mas tiempo trabajando en una sola actividad

En este caso, el sujeto No.1 estaba convencido de que las personas a su alrededor siempre están prestos a burlarse o menospreciar cualquier acción suya. Igualmente estaba convencido de que la mejor manera de afrontar esta situación era respondiendo con puños o patadas para imponer respeto. De hecho, esta conducta se reforzaba cuando observaba el temor que inspiraba en los demás niños del grupo. Se sentía muy bien con esta situación.

Durante el tratamiento, empezó a convencerse de que había ido demasiado lejos, reconociendo que no había fundamento en creer que todo el mundo se quiere burlar de él. Consecuentemente, empezó a creer que debería "meterse" mas en sus cuestiones en vez de estar pendiente de los demás.

Cuadro 3.2 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento Sujeto 2

Sujeto No.2	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	Todos están contra mí	Alguno la tiene que pagar	No puede mantener la atención en una sola actividad
Después	La gente tiene que hacer las cosas como son	Los adultos me quieren ayudar	Puede mantener la atención mas tiempo en una sola actividad

En este caso, el sujeto No.2 creía que todas las personas a su alrededor estaban en su contra. De hecho, su dinámica con las nuevas amistades era hacerse su "gran amigo" y ponerlos "a prueba". Como consecuencia, creía que alguien tenía que pagar la frustración que sentía por ser rechazado, especialmente cuando se trataba de niños fácilmente vulnerables.

Durante el tratamiento empezó a convencerse de que hay algunas "cosas" que son inevitables y uno tiene que hacerlas como son aunque no le guste. Esto fue especialmente visible en su actitud hacia las figuras adultas.

Cuadro 3 3 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 3

Sujeto No.3	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitlvas"
Antes	Esos pelitos cabrean	Que ellos sufran como uno también	No se observan
Después	Yo soy mas fuerte que ellos Tal vez yo tengo problema	Pobrecitos, ellos no tienen la culpa	No se observan

En el caso del sujeto No.3, su esquema inicial se centraba en la idea de que los niños menores que él le producían incomodidad. Esto puede guardar relación con el hecho de que sus padres lo dejaban a cargo de los hermanos

menores cuando estaba en su casa. Su esquema cognitivo también incluye el hecho de creer que los demás también tienen que “sufrir” como él.

Después del tratamiento, empezó a creer que algo estaba ocurriendo con él ya que no debería sentir que los demás tenían que pagar por lo que a él le pasaba. También tomó conciencia de que era mas fuerte que los niños a que acostumbraba golpear y les podía producir mucho daño.

Cuadro 3 4 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 4

Sujeto No.4	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	Nada me interesa, no tengo nada que perder	Ellos tienen la culpa	Fallas en la memoria a corto plazo
Después	Hablando uno consigue mucho	Hablar primero que actuar	Sigue teniendo fallas en la memoria a corto plazo

En el caso del sujeto No.4, en su esquema cognitivo prevalecían dos ideas. Una en el sentido de no mostrar interés por nada y la otra en el sentido de arriesgarse a todo ya que no hay nada que perder. Es como una forma de “castigar” a las personas que se interesan en ayudarlo. Su esquema de comportamiento es culpar a cualquier persona de lo que le ocurre.

Después del tratamiento empezó a creer que debía ser mas comunicativo y plantear con claridad lo que deseaba. Actuar mas racionalmente en vez de actuar por capricho.

Cuadro 3.5 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 5

Sujeto No.5	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	La vida es bien dura con uno	Hay que gritar para conseguir	Fallas en la atención
Después	No todo es difícil	Hablando parezco mejor persona	Sigue manteniendo fallas en la atención

En este caso, el sujeto No.5 creía que las "cosas se consiguen con mucha dificultad en esta vida" o bien, que la vida es muy dura. Por consiguiente, uno haría cualquier cosa como "gritar" para conseguir lo que uno quiere. De hecho, creía que este era el mejor recurso para imponerse sobre otras personas.

Durante el tratamiento empezó a creer que las "cosas" no eran tan duras como suponía y que había otros modos mas eficaces para conseguirlas. En las sesiones descubrió el poder de la "palabra tranquila" en contraposición a su idea original de gritar para conseguir. También empezó a descubrir que no todo es tan difícil.

Cuadro 3.6 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 6

Sujeto No.6	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	Las cosas son para mi primero	Duro con todo el mundo	No se observan
Después	Las cosas son para mi primero	Cuando es necesario, hay que ser duro	No se observan

El sujeto No.6, antes del tratamiento suponía que todas las cosas deberían ser para él, incluyendo las cuestiones materiales, privilegios, elogios,

etc. Esta idea se refleja en su forma de actuar, pasando por encima de los otros niños para conseguir lo que desea. Es una forma de egoísmo y poca sensibilidad para con los compañeros.

Curiosamente, después del tratamiento el sujeto siguió pensando de la misma manera, no obstante reflejó un cambio al nivel de sus proposiciones esquemáticas, al señalar que actuaría de modo "duro" cuando fuera estrictamente necesario. Esto en sí ya es algún cambio positivo.

Cuadro 3.7 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 7

Sujeto No.7	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	Le quieren quitar todo a uno	Hay que hacerse el malo para sobrevivir	Fallas en la memoria a corto plazo Fallas en la atención
Después	Cada cual defiende lo suyo	Si no puedo, busco ayuda	Fallas en la atención

El sujeto No.7, antes del tratamiento tenía la creencia de que todas las personas alrededor de él querían quitarle todo, incluyendo sus derechos. Esto lo reflejaba mayormente con los niños de su edad y compañeros de grupo. Consecuentemente, su modo de enfrentar esa situación era la de actuar como un "chico malo" lo que lo protegía de posibles ataques.

Después del tratamiento pareció entender que muchas personas a su alrededor actuaban de forma similar a él. También aprendió a discernir cuando se trata de una legítima agresión hacia su persona y cuando son sólo suposiciones.

Cuadro 3 8 Esquemas cognitivos antes y después del tratamiento. Sujeto 8

Sujeto No.8	Dominio "Productos social cognitivos"	Dominio "proposiciones esquemáticas"	Dominio "operaciones cognitivas"
Antes	Está duro vivir con la gente	Si no es para mí, no es para nadie	Fallas en la atención
Después	No todo el mundo es malo	No te dejes descontrolar	Fallas en la atención

Antes del tratamiento, el sujeto No.8 creía que era duro vivir con las personas en el sentido de que son injustos con él. Esta idea se reflejaba en su estilo de afrontar las situaciones, estando convencido de que era preferible que algo se perdiera o se dañara si no podía ser para él.

Después del tratamiento reorientó su pensamiento hacia la creencia de que no todo el mundo es malo. También empezó a discernir cuando las personas actúan de mala fe hacia él y cuando no.

Las comparaciones anteriores solamente corresponden a lo que ocurrió a nivel cognitivo con los sujetos de la investigación. Es obvio que hubo cambios a este nivel después del tratamiento aunque los mismos no se pueden cuantificar sino calificar. Lo interesante es que estos cambios cualitativos ya son un indicio de que "probablemente" habrá cambios a nivel de la conducta, tal como lo establece la teoría Cognitivo-Conductual. En cierta forma, su presencia sería una especie de "control" dentro de esta investigación puesto que lo medular del experimento va enfocado a los cambios a nivel de la conducta observable. Veamos como esta "inferencia preliminar" toma forma al complementarse con los cambios cuantitativos a nivel de la conducta observable.

### 3.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS CAMBIOS DE LA CONDUCTA OBSERVABLE

Nuestro objetivo en el experimento era el de cambiar las conductas problema de cada sujeto de la investigación, o sea, disminuir las conductas agresivas. Obviamente el primer paso consistió en identificar sobre qué conducta se debía trabajar, las cuales se reflejan en el cuadro 3.9. Mas adelante detallaremos la frecuencia con que se daban estas conductas antes del tratamiento y los cambios que ocurrieron después del tratamiento.

Cuadro 3.9 "Conductas agresivas problema" identificadas para cada sujeto

No.	Conducta agresiva problema
1	Golpear a otros niños en la escuela o en el centro
2	Golpear a otras personas durante episodios de descontrol e ira intensa
3	Golpear a niños menores que él
4	Lanzar objetos a las personas durante episodios de ira intensa
5	Insultar al personal
6	Golpear a otros niños cuando desea conseguir algo
7	Lanzar objetos a las personas cuando no se le conceden sus peticiones
8	Destruir objetos cuando no se le conceden sus peticiones

Las conductas indicadas se seleccionaron en base a los reportes de conducta que reposaban en el expediente de cada sujeto en la Institución, los datos suministrados en la entrevista con el Maestro, la Monitora, la Psicóloga y la Trabajadora Social del Centro. A continuación se analizará la frecuencia de la conducta antes y después del tratamiento para cada sujeto en forma individual. Posteriormente haremos una relación entre los cambios conductuales y los cambios cognitivos en cada sujeto.

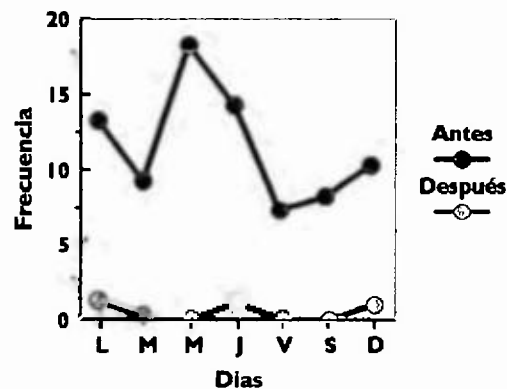


Cuadro 3.10 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.1

Sujeto 1	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	13	9	18	14	24	7	8	93
Después	1	0	0	1	0	0	0	2

Para el sujeto No 1 la conducta problema es golpear a otros niños en la escuela o en el Centro. La frecuencia de ocurrencia diaria no refleja un patrón determinado por lo que podemos inferir que son conductas espontáneas de acuerdo a como se vaya presentando la situación. Con relación a la frecuencia de ocurrencia antes y después del tratamiento, reflejan una diferencia importante por día, bajando hasta el 0 en la mayoría de los días. En la gráfica siguiente podemos percibir mejor esa diferencia.

Gráfica No.3.1 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto 1



En el caso del sujeto No.2, el cuadro siguiente refleja la frecuencia de las conductas antes y después del tratamiento. Igualmente, presenta un descenso

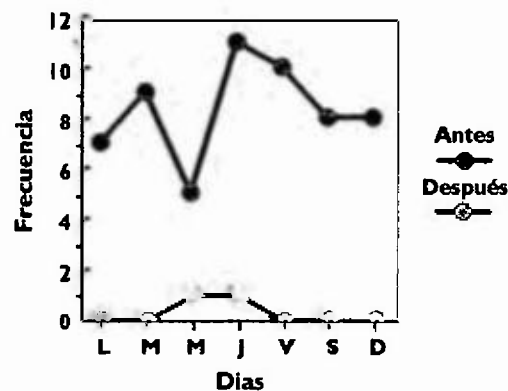
importante en la frecuencia de ocurrencia de la conducta después del tratamiento. Observemos el cuadro.

Cuadro 3.11 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.2

Sujeto 2	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	7	9	5	11	10	8	8	58
Después	0	0	1	1	0	0	0	2

Cabe resaltar que el promedio de la frecuencia antes del tratamiento se aproximaba a 8, mucho menos que el sujeto anterior, para luego descender a menos de 1. En la gráfica siguiente podemos apreciar mejor esta diferencia.

Gráfica No.3.2 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento Sujeto 2



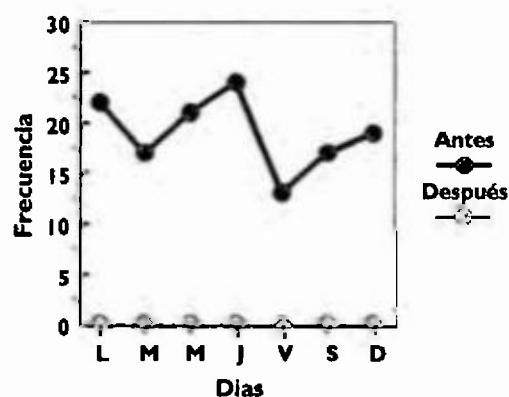
En el caso del Sujeto 3, el cuadro 3.12 refleja las frecuencias de conducta antes y después del tratamiento. Este sujeto presentó las frecuencias mas altas antes del tratamiento para luego descender a 0 después del tratamiento. Veamos.

Cuadro 3.12 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.3

Sujeto 3	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	22	17	21	24	13	17	19	133
Después	0	0	0	0	0	0	0	0

Esa misma información para el sujeto No.3 se presenta en la gráfica No.3.3 donde podemos apreciar mejor las diferencias.

Gráfica No.3.3 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento Sujeto 3



En el siguiente caso, el sujeto No.4 fue uno de los que presentó menor frecuencia en la conducta problema antes del tratamiento para luego descender a un promedio menor que 1. Estos cambios se reflejan en el cuadro 3.13. Recordemos que la conducta problema para este sujeto consistía en lanzar objetos a las personas durante episodios de ira intensa. Como dato curioso, durante las sesiones este sujeto manifestó que los episodios de ira le

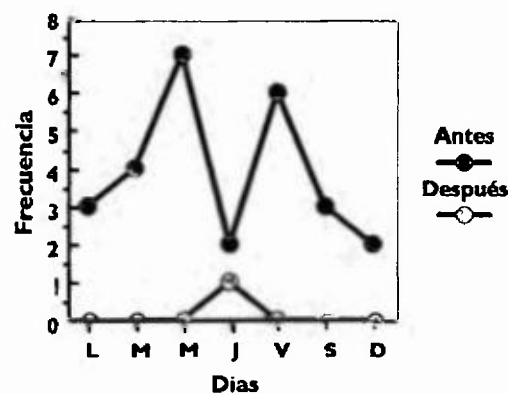
sobrevenían cuando pensaba “fuerte” en convertirse en “hombre Hulk” (un personaje de TV), es decir, parecía un proceso de autoinducción.

Cuadro 3.13 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.4

Sujeto 4	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	3	4	7	2	6	3	2	27
Después	0	0	0	1	0	0	0	1

Estos mismos datos para el sujeto No 4 se presentan en la gráfica 3.4 para apreciar mejor las diferencias. Veamos.

Gráfica No.3.4 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento Sujeto 4



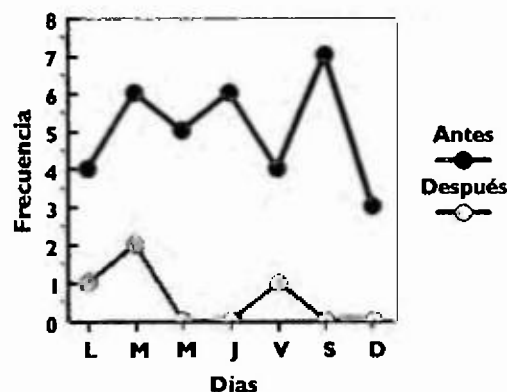
En el cuadro 3.14 que presentamos a continuación, se reflejan las frecuencias de conducta para el sujeto No.5, antes y después del tratamiento. Su conducta problema consistía en insultar al personal del Centro y la escuela cuando el no conseguía alguna petición. Es una de las frecuencias mas bajas.

Cuadro 3.14 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No 5

Sujeto 5	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	4	6	5	6	4	7	3	35
Después	1	2	0	0	1	0	0	4

Estos mismos datos para el sujeto No.5 se presentan en la gráfica 3.5 que presentamos a continuación.

Gráfica No.3.5 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento Sujeto 5



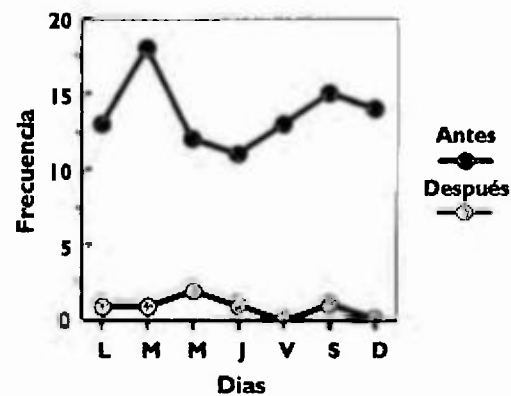
En el cuadro No.3.15 se presentan los datos para el sujeto No.6 el cual presentó una de las frecuencias mas elevadas de los ocho sujetos. Su conducta problema consistía en golpear a otros niños cuando quería conseguir algo. Es decir, imponía su voluntad por la fuerza. Es interesante anotar que la diferencia de frecuencias antes y después del tratamiento es bien elevada, aproximándose al 0 en la mayoría de los casos.

Cuadro 3.15 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.6

Sujeto 6	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	13	18	12	11	13	15	14	131
Después	1	1	2	1	0	1	0	6

Estos mismos datos se reflejan en la gráfica No.3.6 que presentamos a continuación, donde se aprecian las diferencias con mayor facilidad.

Gráfica No.3.6 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento Sujeto 6



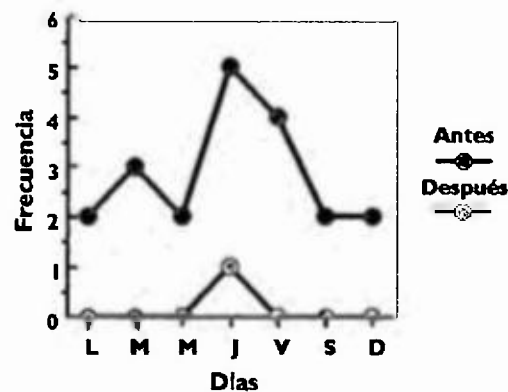
En el cuadro No.3.16 que presentamos a continuación, se reflejan las frecuencias de conducta antes y después del tratamiento para el sujeto No.7. La conducta problema para este sujeto consiste en lanzar objetos a las personas cuando no se le conceden sus peticiones. Su frecuencia total fue la mas baja de todos los sujetos. Veamos.

Cuadro 3.16 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.7

Sujeto 7	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	2	3	2	5	4	2	2	20
Después	0	0	0	1	0	0	0	1

Después del tratamiento el sujeto abandonó la conducta problema totalmente, excepto por una reaparición el día jueves. Estos mismos datos se reflejan en la gráfica que presentamos a continuación. Como dato curioso, la conducta problema fue mayor los días jueves, tanto antes como después del tratamiento. Esta situación puede estar relacionada con la clase de Educación Física que le correspondía los jueves. De hecho, alguno de los informes de conducta señalan situaciones de agresividad durante partidos de fútbol con los compañeros. Estos mismos datos se reflejan en la gráfica 3.7. Veamos.

Gráfica No.3.7 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento Sujeto 7



En el siguiente cuadro, presentamos los datos para el sujeto No.8. Su conducta problema consistía en destruir objetos cuando no se le concedían sus

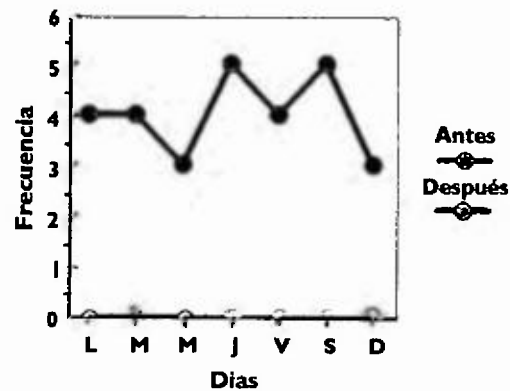
peticiones, una conducta bastante parecida a la del sujeto 7. También presentó una frecuencia bastante baja antes del tratamiento, para desaparecer la conducta después del tratamiento. Veamos el cuadro.

Cuadro 3 17 Frecuencia de la conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto No.8

Sujeto 8	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
Antes	4	4	3	5	4	5	3	28
Después	0	0	0	0	0	0	0	0

Esta misma información la podemos apreciar mejor en la siguiente gráfica

Gráfica 3.8. Frecuencia de la Conducta problema antes y después del tratamiento. Sujeto 8



En las tablas 3.19 y 3.20 que aparecen a continuación, se presenta un resumen de las frecuencias de la conducta problema antes y después del tratamiento.



Cuadro 3.18 Frecuencia de la conducta problema antes del tratamiento

No	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
1	13	9	18	14	24	7	8	93
2	7	9	5	11	10	8	8	58
3	22	17	21	24	13	17	19	133
4	3	4	7	2	6	3	2	27
5	4	6	5	6	4	7	3	35
6	13	18	12	11	13	15	14	131
7	2	3	2	5	4	2	2	20
8	4	4	3	5	4	5	3	28

Cuadro 3 19 Frecuencia de la conducta problema después del tratamiento

No	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Totales
1	1	0	0	1	0	0	0	2
2	0	0	1	1	0	0	0	2
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	1	0	0	0	1
5	1	2	0	0	1	0	0	4
6	1	1	2	1	0	1	0	6
7	0	0	0	1	0	0	0	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0

## 3.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Tabla 3.3  
Frecuencia de las conductas problema antes y después del tratamiento

Individuos	Antes	Después	Diferencia	D <sup>2</sup>
	V. Frecuenciales Promediados	V. Frecuenc. promediados		
1	13.3	0.3	-13.0	169
2	8.3	0.3	-8.0	64
3	19.0	0.0	-19.0	361
4	3.9	0.1	-3.8	14.4
5	5.0	0.6	-4.4	19.4
6	18.7	0.9	-17.8	316.8
7	2.9	0.1	-2.8	7.8
8	4.0	0.0	-4.0	16.0

$$S \bar{X}_1 = 75.1$$

$$S \bar{X}_2 = 2.3$$

$$\bar{d} = \frac{-72.80}{8}$$

$$S D^2 = 968.4$$

$$\bar{X}_1 = 9.4$$

$$\bar{X}_2 = 0.3$$

$$\bar{d} = -9.10$$

$$S_1 = 6.7$$

$$S_2 = 0.3$$

$$S_d = 6.6$$

$$S_1^2 = 45.2$$

$$S_2^2 = 0.1$$

$$S_d^2 = 43.6$$

### 3.3.1. DATOS

Los datos corresponden a las frecuencias de ocurrencia de las conductas tipificadas y que han sido recopiladas por los mismos sujetos del experimento.

### 3.3.2. HIPÓTESIS

La hipótesis nula corresponde a:  $H_0: \overline{X}_2 = \overline{X}_1$

La media de las frecuencias observadas después, es igual a las medias de las frecuencias observadas antes del tratamiento.

La hipótesis alterna corresponde a:  $H_1: \overline{X}_2 < \overline{X}_1$

La media de las frecuencias observadas después, es inferior a la media de las frecuencias observadas antes del tratamiento.

### 3.3.3. ESTADÍSTICA DE PRUEBA

*t de student* para comparación por parejas.

$$t = \frac{\overline{d} - (\mu_d)_0}{S_{\overline{d}}}$$

donde:  $\bar{d}$  = diferencia de medias

$\mu_{\bar{d}}$  = valor del parámetro por cero

$S_{\bar{d}}$  = desviación estándar de las diferencias muestrales ó error  
estándar de las diferencias

### 3.3.4 REGLA DE DECISIÓN

Sea  $\alpha = 0.05$ , el valor crítico de  $t$ , con  $(n - 1)$  grados de libertad es de.

**-1.8946** (a una cola)

Se rechaza  $H_0$  si el valor calculado de  $t$  es **menor** que el valor crítico

### 3.3.5 CÁLCULO DE LA ESTADÍSTICA DE PRUEBA

Paso 1. Encontrar la media de cada grupo en el tiempo.

$$\bar{X}_1 = \frac{\sum X_1}{n} \quad \bar{X}_2 = \frac{\sum X_2}{n}$$

$$\bar{X}_1 = 9.4 \quad \bar{X}_2 = 0.3$$

Paso 2 Encontrar la desviación estándar para la diferencia entre las  
frecuencias antes y después del tratamiento

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{n} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$S = \sqrt{\frac{968.4}{8} - (9.4 - 0.3)^2}$$

$$S = \sqrt{120.60 - 82.81}$$

$$S = \sqrt{37.79}$$

$$S = 6.15$$

**Paso 3.** Encontrar el error estándar de la diferencia

$$S_{\bar{d}} = \frac{S}{\sqrt{n-1}}$$

$$S_{\bar{d}} = \frac{6.15}{\sqrt{7}}$$

$$S_{\bar{d}} = \frac{6.15}{2.65}$$

$$S_{\bar{d}} = 2.32$$

**Paso 4.** Convertir la diferencia entre medias muestrales a unidades de error estándar de la diferencia con el estadístico  $t$ .

$$t = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}{S_d}$$

$$t = \frac{0.3 - 9.4}{2.32}$$

$$t = \frac{-9.10}{2.32}$$

$$t = -3.92$$

**Paso 5.** Cálculo de los grados de libertad

$$gl = n - 1$$

$$gl = 8 - 1$$

$$gl = 7$$

**Paso 6.** Comparar la razón  $t$  obtenida con la de la tabla.

Razón  $t$  calculada u obtenida = **-3.92**

Razón  $t$  crítica o tabulada = **-1.89**

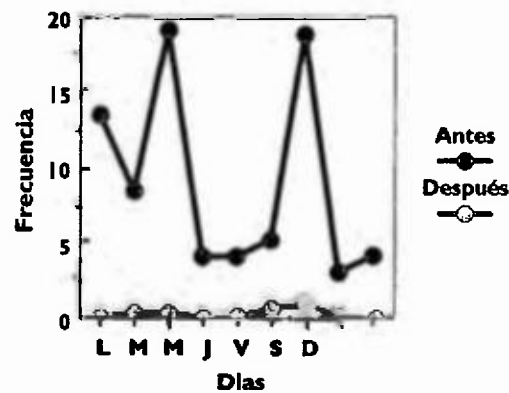
$$gl = 7$$

$$\omega = 0.05$$

### 3.3.6 DECISIÓN

En vista de que el valor  $t$  calculado es menor que el tabular y, además, el calculado cae en la región de rechazo, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que el tratamiento brindó diferencias significativas con un 95% de confianza. Estos resultados se aprecian en la gráfica No.3.9 que presentamos a continuación.

Gráfica No.3 9 Media de las Frecuencias de la conducta problema antes y después del tratamiento.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



## CONCLUSIONES

1. Es evidente que hubo cambios en los esquemas cognitivos de los sujetos después del tratamiento, tal como se constató mediante las entrevistas que se realizaron a los sujetos antes y después del tratamiento.
2. También es evidente que hubo cambios significativos en la conducta problema de los sujetos después del tratamiento como se pudo probar mediante el análisis estadístico.
3. Estos cambios en las estructuras cognitivas y en la conducta problema son una condición suficiente para demostrar que el programa de tratamiento diseñado surtió los efectos esperados en este grupo de sujetos. Se comprueba la hipótesis de trabajo que establecía que "un programa de tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual tiene efectos positivos en el control de la conducta agresiva en niños".
4. Si bien, no podemos señalar categóricamente qué proporción de los cambios se debieron exclusivamente al programa, si podemos señalar que hay

relaciones importantes entre cambios en las estructuras cognitivas y cambios en las conductas problema.

5. También debemos señalar que los cambios observados se dieron exclusivamente en este grupo de sujetos, por lo que no sabemos si esto ocurriría en otros sujetos en otras condiciones.

6. Se pudo establecer durante la fase experimental, que todos los cambios conductuales fueron precedidos por un cambio en los esquemas cognitivos de los sujetos. En algunas ocasiones, los cambios conductuales se observaron en forma inmediata, una vez el sujeto manifestó cambios en algún esquema cognitivo.

7. Nuestro trabajo se enfocó en verificar la ocurrencia de cambios en la conducta problema, sin embargo, nos llama la atención el hecho de que los cambios en los esquemas cognitivos que precedían al cambio conductual, se presentaban de manera impredecible. Es decir, un sujeto podía mostrar cambios inmediatos en un esquema cognitivo una vez reconocía el pensamiento subyacente a la conducta mientras que en otros casos, a pesar de haberlo reconocido, se mantenía reacio al cambio.

8 Los sujetos presentaron cambios importantes en su conducta problema a pesar de que no se trabajó en forma significativa con variables del ambiente como por ejemplo, su familia, otros compañeros, su rutina diaria, etc.

8. Los sujetos asimilaron fácilmente el programa, mostrándose altamente involucrados en todas las actividades

### RECOMENDACIONES

1. Determinar que los resultados de esta investigación, de hecho, son una muestra de que el programa de tratamiento aplicado, produce efectos positivos en el control de la conducta agresiva en niños.

2 Realizar nuevas investigaciones con el programa, aplicado a otros sujetos y en otros ambientes, para obtener datos adicionales que contribuyan a mejorar la información disponible. Recomendamos tomar en cuenta los siguientes temas:

- Por qué los sujetos se mostraron altamente involucrados en el programa
- Qué factores determinan que los cambios conductuales ocurran algunas veces en forma inmediata y en otras ocurran en forma paulatina
- Qué variables determinan la ocurrencia de cambios en los esquemas cognitivos

- Determinar que proporción de los cambios ocurridos en la conducta problema se pueden atribuir directamente al programa
- Determinar por qué hubo cambios importantes en la conducta problema a pesar de no haber trabajado sobre aspectos vitales en la estabilidad emocional de los sujetos como la familia, los compañeros de hogar, etc.
- Verificar la permanencia de los cambios a lo largo del tiempo
- Verificar la influencia de los cambios en los esquemas cognitivos de los sujetos en otros aspectos de su desempeño personal
- Comparar los hallazgos con otros grupos de sujetos como mujeres, adolescentes, adultos, etc.
- Realizar la investigación con sujetos de otras características socioeconómicas

3. Promover el uso de nuestro programa para introducir cambios en el enfoque de atención de la conducta agresiva en nuestras Instituciones, por ejemplo, con la modalidad de terapia en grupos, dada la influencia que ejercen unos miembros sobre otros, en la reorientación de los esquemas cognitivos y en el reforzamiento de las nuevas conductas

4. Promover la realización de estudios similares en ambientes institucionales

5. Realizar estudios comparativos con diferentes enfoques teóricos.

## Bibliografía

- Ackerman, Nathan W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. 9a.edición en Español, Ediciones Horne S.A., Buenos Aires, 1988
- Berkowitz, Leonard. Agresión; causas, consecuencias y control Editorial Desclée de Brouwer S.A., Bilbao, 1996
- Bernstein, Douglas y Michael Nietzel. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial McGraw-Hill de México. 1982
- Bomas, Xavier y Mateu Servera. La impulsividad infantil, un enfoque cognitivo conductual Editorial Siglo XXI, Madrid, 1996
- Caballo, Vicente E. Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos, Primera Edición, Editores Siglo XXI, España
- Cerezo Ramírez, Fuensanta. Conductas agresivas en la edad escolar. Ediciones Pirámide, Madrid, 1997
- Clarizio, Harvey y George McCoy. Trastornos de la conducta en el niño. Editorial Manual Moderno, México, 1981
- Echeburúa, Enrique. Personalidades Violentas. Ediciones Pirámide, Madrid 1994
- Engler, Bárbara. Teorías de la personalidad. Editorial McGraw-Hill, México, 1996
- Fredericksen, Hazel y R. A. Mulligan El Niño y su Bienestar. Editorial Continental, México 1976
- Goldestein, Arnold y Harold Keller: El comportamiento agresivo. Editorial Desclée de Brouwer S. A , Bilbao, 1991
- Kazdin, Alan y Gualberto Buela-Casal. Conducta Antisocial Ediciones Pirámide, Madrid, 1994
- Kemmerg, Otto. Agresión. Yale University Press, London, 1992
- Kemmerg, Otto. Trastornos graves de la personalidad. Editorial Manual Moderno, México, 1987

Kerlinger, Fred. Investigación del Comportamiento. Segunda Edición.  
Editorial McGraw Hill de México, 1988

Kimble, Gregory. Condicionamiento y Aprendizaje. Editorial Trillas, México  
1985

La Planche, Jean y Jean Bertrand Pontails. Diccionario de psicoanálisis.  
Editorial Labor S. A., Barcelona, 1979

Lorenz, Konrad. El comportamiento animal y humano. Editorial Plaza  
& Janes, S. A. Barcelona, 1972

Mackal, Karl. Teorías psicológicas de la agresión. Ediciones Pirámide  
S.A., Madrid, 1983

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Editorial  
Masson, España, 1995

Serrano Pintado, Isabel. Agresividad Infantil. Ediciones Pirámide, Madrid,  
1996

Van Rillaer, Jacques. La agresividad humana. Editorial Herder,  
Barcelona, 1978

Winnicott, Donald W. El hogar, nuestro punto de partida. Editorial  
Paidós, Buenos Aires, Primera reimpresión, 1996

Winnicott, Donald W. Realidad y juego. Editorial Gedisa S A ,  
Barcelona, séptima edición, 1997

## **TESIS**

Cárcamo, María De Los Ángeles. Características de personalidad de una  
muestra de niños de La Ciudad del Niño. Tesis. Universidad de Panamá, 1999.

## **CONSULTA DE ARTÍCULOS EN INTERNET**

¿Qué es la psicología cognitivo-conductual. María Lorena Ferraro.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com)

Críticas al psicoanálisis Anónimo.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com)

Técnicas aplicadas. La relajación. Dr. José Antonio García  
[www.google.com](http://www.google.com)

Técnicas aplicadas. La implosión. Dr. José Antonio García  
[www.google.com](http://www.google.com)

Trastorno de estrés postraumático  
[www.google.com](http://www.google.com)

Tratamientos psicológicos cognitivos-conductuales.  
[www.google.com](http://www.google.com)

Terapia cognitivo-conductual.  
[www.google.com](http://www.google.com)

Vygotsky y teorías sobre el aprendizaje. Gilberto Pérez Campos.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com)

La desensibilización sistemática. Jorge García.  
[www.cyberpadres.com](http://www.cyberpadres.com)

Economía de fichas.  
[www.cyberpadres.com](http://www.cyberpadres.com)

Historia de la terapia cognitivo-conductual. Ariel Minici y otros.  
[www.cognitivo-conductual.org](http://www.cognitivo-conductual.org)

Historia de la TRE.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com)

Técnicas de exposición, la Inundación.  
[www.lulabi@eresmas.com](http://www.lulabi@eresmas.com)

Modificación de conducta.  
[www.cyberpadres.com](http://www.cyberpadres.com)

## ENTREVISTAS

Abood, Gilberto. Jefe de Servicios de Paidopsiquiatría de la Caja del Seguro Social de Panamá. 14 de octubre de 1998

Roach, Fanía. Jefa nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Panamá. 14 de octubre de 1998

Jované, Gabriela. Coordinadora Nacional de Psicología de la Caja del Seguro Social de Panamá. 16 de octubre de 1998.



ANEXOS

**Formato A1**  
Hoja de Registro Conductual

Identificación del Niño

Conducta observada

Fecha

Período de tiempo

**Registro**

Hora	Hora	Hora	Hora
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Hora	Hora	Hora	Hora
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Hora	Hora	Hora	Hora
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Hora	Hora	Hora	Hora
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Hora	Hora	Hora	Hora
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>

- Instrucciones**
- 1. Coloque el nombre del niño en la primera casilla de la derecha
  - 2. Coloque la fecha de observación en la casilla “fecha”
  - 3. Coloque en la casilla “período de tiempo” la hora en que inicia y termina el período de observación
  - 4. Coloque su nombre en la casilla “observador”
  - 5. En las casillas, debajo de la palabra “registro”, coloque la hora aproximada de ocurrencia de la conducta que está observando y coloque un gancho en la otra mitad del casillero

observador

## Formato A2

Hoja de Autoregistro Conductual

Escribe aquí tu nombre

Escribe aquí la conducta que estás observando

Escribe aquí la fecha de hoy

Escribe aquí a qué hora te levantaste y  
a qué hora te acostaste

## Registro

Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>

## Instrucciones

1. En el cuadrito largo, debajo de la palabra hora, escribe la hora en que hiciste la conducta que estás observando
2. Enseguida haz un gancho en el cuadrito pequeño que está al lado
3. Usa un par de cuadros cada vez que haces la conducta
4. Si se llena la hoja antes de que te vayas a acostar, usa otra y le pones los mismos datos en la parte de arriba

Conductas específicas para registrar en cada sujeto

Sujeto	Conductas específicas
1	Patear, pegar con el puño, mano u objetos, empujar o tirar objetos a otros niños o intentar hacer cualquiera de estas acciones
2	Lanzar objetos, pegar con el puño, patear o usar objetos para golpear a otros. Intentar hacer cualquiera de estas acciones Tirarse al piso, gritar descontroladamente
3	Corretear, empujar, halar, estremecer, gritar violentamente, pegar con las manos y objetos, patear o tirar objetos a niños
4	Romper, estrellar, patear objetos, muebles u otros artículos o intentar hacerlo cuando está furioso
5	Gritar o decir palabras sucias al personal; maldecir, vociferar, amenazar, gritar sin control
6	Quitar a la fuerza, empujar, amenazar para cogerle objetos a otros niños, pegar, patear o golpear con objetos a otros niños para quitarle sus pertenencias
7	Tirar o amenazar con tirar objetos a otros cuando no consigue algo; maldecir, patear, golpear con los puños u objetos a otros cuando no le dan algo
8	Estrellar, lanzar, destruir o intentar cualquiera de estas acciones cuando no puede conseguir algo

Fragmento de una entrevista para identificar las variables de los diferentes dominios

T = terapeuta

E = entrevistado

(1) = variables del dominio "productos socialcognitivos"

(2) = variables del dominio "proposiciones esquemáticas"

(3) = variables del dominio "operaciones cognitivas"

E. Buenas tardes, Milixa me mandó a que hablara con Ud.

T. Hola, que bueno que hayas venido. ¿Ella te dijo de que se trata?

E. Sí... si siempre a uno lo están mandando a que lo vea el psicólogo, ¿Ud. es psicólogo verdad?

T. Sí

E. ¿Vió? Aquí todo el mundo la tiene contra uno (1). Siempre andan diciendo que uno es malo y esas cosas... yo no quería venir a hablar con Ud.

T. Me pareció que antes de entrar tuviste una discusión ahí detrás de la puerta.

E. Ah sí, un chiquillo que siempre me anda molestando

T. ¿Le pegaste?

E. No... no

T. Si le pegaste... yo te vi. Tu eres valiente, el parece mas grande

E. Ah no, yo aquí no ando con cuento, yo voy duro con todo el mundo (2). Lo que pasa es que aquí, Ud. no sabe como es la cosa. La gente que te quiere "rofiar" nada más anda con una miradera.

T. ¿? ¿Qué es una miradera?

E. Bueno pues, que se te quedan viendo a la cara... el que te anda viendo a la cara es seña que quiere algo contigo...eso todo el mundo lo sabe... (1) Ese muchacho que le pegué, desde la mañana anda con eso... usted me entiende.

T. O sea, sí le pegaste

E. Bueno, sí... no le diga nada a Milixa

T. Tu que sientes cuando le pegas

E. Depende... si es a uno más grande y no se atreve a hacerte nada... uno se siente grande. Yo aquí no le tengo miedo a casi ninguno. Bueno, de los de mi casita, porque en otras casitas hay mas grande pero esos no se meten con uno. Ese muchacho es de otra casita, lo que pasa es que yo "pelié" con el hermanito de él, pero el no se atreve.

T. ¿Tu como que eres bastante peleón?

E. ¡Uf!, imagínese si en la escuela casi todos los días peleo. Los chiquillos del salón me tienen miedo. Yo no ando con cuento, siempre voy duro con todos (2)